

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirining  
2025 yil "23" iyundagi  
180-sonli buyrug'iga  
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
RESPUBLIKA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM ILMIIY MARKAZI**

**O'TKIR APPENDITSITNI TASHXISLASH VA DAVOLASH  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT - 2025**

«TASDIQLAYMAN»



Respublika shoshilinch tibbiy  
yordam jamiy markazi direktori  
D.A. Alimov

\_\_\_\_\_ 2025 yil

## O‘TKIR APPENDITSITNI TASHXISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI

**O‘TKIR APPENDITSITNI TASHXISLASH VA DAVOLASH  
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

**TOSHKENT - 2025**

## 1. KIRISH QISMI

	KXT-10	KXT-11
<b>Kod</b>	<b>K35-K38. O‘tkir appenditsit</b>	<b>DB10.0-DB10.Z. O‘tkir appenditsit</b>
<b>Havola</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10172">https://mkb-10.com/index.php?pid=10172</a>	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#40398753">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#40398753</a>

**1.1.** Klinik protokollar 2025-yilning may oyida 2019-yildagi shoshilinch tibbiy yordam qo‘llanmasini to‘ldirish natijasida yaratilgan, qayta ko‘rib chiqish sanasi – 2029-yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo‘lishi bilan. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi.

Ushbu klinik bayonnoma va standartni ishlab chiqish uchun mas‘ul muassasa: Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi.

### **1.2. Klinik protokol va standartni ishlab chiqishga hissa qo‘shganlar.**

Jarayonni tashkil etishda Shoshilinch tibbiy yordam sohasi bo‘yicha ishchi guruh a‘zolari:

**Tulyaganov Davron Baxtiyarovich** – tibbiyot fanlari doktori, Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Bosh direktori, TXKMARM assistenti;

**Alimov Daniyar Anvarovich** – tibbiyot fanlari doktori, professor. Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi direktori, TXKMARM professori;

**Akilov Xabibulla Atullaevich** – tibbiyot fanlari doktori, professor, TXKMARM rektori;

**Atadjanov Shuhrat Kamilovich** – tibbiyot fanlari doktori, Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi direktorining fan va kadrlar tayyorlash bo‘yicha o‘rinbosari, TXKMARM dotsenti;

**Stopnitskiy Amir Aleksandrovich** – tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi ilmiy kotibi, TXKMARM assistenti;

**Ermetov Aziz Tashmetovich** – tibbiyot fanlari doktori, Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Toshkent filiali direktori;

**Xakimov Dilshod Mamadalievich** – tibbiyot fanlari doktori, Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Andijon filiali direktori;

**Yangiyev Baxtiyor Axmedovich** – tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Samarqand filiali direktori;

**Jalalov Baxrom Zuxritdinovich** – tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Navoiy filiali direktori.

### **1.3. Mualliflar jamoasi:**

**Tulyaganov Davron Baxtiyarovich** – RShTYoIM, tibbiyot fanlari doktori, RShTYoIM Bosh direktori;

**Xadjibaev Farxod Abduxakimovich** – RShTYoIM, tibbiyot fanlari doktori, professor, RShTYoIM shoshilinch xirurgiya ilmiy-klinik bo‘limi rahbari;

**Pulatov Dilmurod Tuxtabayevich** – RShTYoIM, tibbiyot fanlari nomzodi, RShTYoIM bosh shifokorining xirurgiya bo‘yicha o‘rinbosari;

**Pulatov Maxmudjon Muratdjon o‘g‘li** – RShTYoIM, PhD, 1-shoshilinch xirurgiya bo‘limi xirurgi;

**Xoshimov Diyor Egamkulovich** – RShTYoIM, RShTYoIM doktoranti (PhD), shoshilinch xirurgiya bo‘limi oliy toifali xirurgi.

#### **1.4. Taqrizchilar:**

**Madiyev Ravshan Zairovich** – O‘zbekiston Respublikasi Tibbiyot xodimlarining kasbiy malakasini rivojlantirish markazi Shoshilinch tibbiy yordam kafedrasida dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi;

**Yangiyev Ravshan Axmedovich** – Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi “1-shoshilinch xirurgiya” bo‘limi mudiri, tibbiyot fanlari nomzodi.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vaziri o‘rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

## **Mundarija**

O‘TKIR APPENDITSITNI TASHXISLASH VA DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL .....	5
O‘TKIR APPENDITSITDA TIBBIY ARALASHUVLAR BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....	24
O‘TKIR APPENDITSITDA KEYINGI DAVO CHORALARI, PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....	39

## 1.6. Protokolda foydalanilgan qisqartmalar (1-jad.):

1-jadval

<b>RShTYoIM</b>	Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi
<b>WSES</b>	The World Society of Emergency Surgery
<b>ARITB</b>	anesteziologiya, reanimatsiya, intensiv terapiya bo‘limi
<b>O‘A</b>	o‘tkir appenditsit
<b>YuUT</b>	yurak urish tezligi
<b>AB</b>	arterial bosim
<b>SAB</b>	sistolik arterial bosim
<b>DAB</b>	diastolik arterial bosim
<b>DD</b>	dalillar darajasi
<b>TT</b>	tavsiya toifasi
<b>GEK</b>	gidroksietil kraxmal
<b>EKG</b>	elektrokardiografiya
<b>UTT</b>	ultra tovush tekshiruvi
<b>KT</b>	kompyuter tomografiyasi
<b>MRT</b>	magnit-rezonans tomografiyasi
<b>MSKT</b>	Multispiral kompyuter tomografiyasi
<b>EFGDS</b>	ezofagofibrogastroduodenoskopiya
<b>UQT</b>	umumiy qon tahlili
<b>QBT</b>	qonning biokimyoviy tahlili
<b>ALT</b>	alanin aminotransferaza
<b>AST</b>	aspartat aminotransferaza
<b>FQTV</b>	faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti
<b>XNN</b>	xalqaro normalangan nisbat
<b>OIV</b>	odam immuntanqislik virusi
<b>KAX</b>	kislota-asos holati
<b>OA</b>	ochiq appendektomiya
<b>LAE</b>	laparoskopik appendektomiya
<b>NOT</b>	(no operative treatment) xirurgiksiz davolash
<b>XPN</b>	xalqaro patentlanmagan nom
<b>OIT</b>	oshqozon-ichak trakti
<b>ChO‘</b>	chuvalchangsimon o‘simta
<b>KXT-10</b>	kasalliklarning xalqaro tasnifi 10-qayta ko‘rish
<b>TKS</b>	tasodifiy klinik sinovlar
<b>TYaJS</b>	tizimli yallig‘lanish javob sindromi
<b>SQH</b>	sirkulyatsiyadagi qon hajmi
<b>ASA</b>	American Society of Anesthesiologists (Amerika Anesteziologlar Jamiyati)
<b>EAES</b>	European Association for Endoscopic Surgery and other interventional techniques (Yevropa Endoskopik Jarrohlik va boshqa intervension usullar Assotsiatsiyasi)

<b>ERAS</b>	Enhanced recovery after surgery (xirurgik davolashdan keyingi erta reabilitatsiya)
-------------	--

**1.7.** Mazkur nozologiya bo'yicha protokol foydalanuvchilari – jarrohlari, tez tibbiy yordam shifokorlari va feldsherlar, shoshilinch tibbiy yordam shifokorlari, akusher-ginekologlar, urologlar, umumiy amaliyot shifokorlari, terapevtlar, infeksiionistlar, anesteziolog-reanimatologlar va boshqalar.

**1.8.** Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi o'tkir appenditsit va uning asoratlari bilan og'riqan bemorlardir.

**1.9.** Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (2, 3, 4-jad.):

### Tashxislash aralashuvlari uchun

2-jadval

<b>Dalillarning isbotlanganlik darajasi</b>	
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o'tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o'tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usul yordamida o'tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

### Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (profilaktika, davolash va reabilitatsion tadbirlar uchun)

3-jadval

<b>Dalillarning isbotlanganlik darajasi</b>	
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi
2	Ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko'rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqoti
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

## Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

4-jadval

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ayrim ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan, ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari, natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan

## Oksford dalillarga asoslangan tibbiyot markazining dalil darajalari tasnifiga muvofiq tavsiyalar uchun dalil darajalari (5-jad.)

5-jadval

Daraja	Davolash usullarini tadqiq qilish	Diagnostika usullarini tadqiq qilish
<b>1a</b>	Bir xil tasodifiy klinik sinovlarni (TKS) tizimli ko‘rib chiqish	Bir xil 1-darajali diagnostika tadqiqotlarini tizimli ko‘rib chiqish
<b>1b</b>	Tanlangan TKSlar (tor aniqlilik indeksi bilan)	“Oltin” standart sifati bilan kogort tadqiqot o‘tkazilishi
<b>1c</b>	“Hammasi yoki hech narsa” tadqiqoti	O‘ziga xoslik yoki sezuvchanlik shunchalik yuqoriki, ijobiy yoki salbiy natija tashxis qo‘yishni inkor etadi
<b>2a</b>	(Bir xil) kogort tadqiqotlarini tizimli ko‘rib chiqish	Bir xil diagnostik tadqiqotlarni tizimli ko‘rib chiqish > 2 daraja
<b>2b</b>	Yagona kogort tadqiqoti (shu jumladan past sifatli TKSlar; ya‘ni kuzatuvni yakunlagan bemorlarning <80%i dan boshlab)	“Oltin” standart sifati bilan alohida kogort tadqiqoti
<b>2c</b>	Tadqiqot natijalari; ekologik tadqiqotlar	Yo‘q
<b>3a</b>	Bir xil holatlarni nazorat qilish bo‘yicha tadqiqotlarni tizimli ko‘rib chiqish	3B va undan yuqori darajadagi bir xil tadqiqotlarni tizimli ko‘rib chiqish
<b>3b</b>	Alohida “vaziyatni nazorat qilish” tadqiqoti	Barcha sinovlarda bevosita to‘plam bilan yoki “oltin” standart o‘tkazmasdan tadqiqot olib borish

<b>4</b>	Vaziyat seriyasi (kogort tadqiqot va past sifatli “vaziyatni nazorat qilish” tadqiqotlari)	“Vaziyatni nazorat qilish” tadqiqoti yoki sifatsiz “oltin” standart bilan tadqiqot olib borish
----------	--	--

Dalillar darajasiga ko‘ra ma’lumotlar 1a, 1b va 2a darajalariga to‘g‘ri keladi – “dalillar ko‘p sonli meta-tahlillar, yaxshi rejalashtirilgan va nazorat ostidagi tadqiqotlar natijasiga ko‘ra olingan” deb baholanadi.

## 2. ASOSIY QISM

**2.1. Kirish.** Qorin bo‘shlig‘i organlarining o‘tkir xirurgik kasalliklari orasida o‘tkir appenditsit birinchi o‘rinda turadi (75-89,1% hollarda). O‘tkir appenditsit har qanday yoshda uchrashi mumkin, ko‘pincha 10 yoshdan 30 yoshgacha [bo‘lgan bemorlarda](#) tashxislanadi. Erkaklar va ayollarning nisbati mos ravishda 1,3 - 1,6:1 ni tashkil qiladi. Shunga qaramay, ayollarda ko‘proq xirurgik aralashuvlar mavjud, bu esa asosan o‘tkir appenditsit niqobi ostida yuzaga keladigan boshqa ginekologik kasalliklar bilan bog‘liqdir.

**2.2. Ta’rif.** **O‘tkir appenditsit** (keyingi o‘rinlarda **O‘A**) – ko‘r ichak chuvalchangsimon o‘simtasining o‘tkir yallig‘lanishi. O‘tkir appenditsit rivojlanishining asosiy sababi – bu chuvalchangsimon o‘simta (keying o‘rinlarda **ChO‘**) bo‘shlig‘idan saqlanmalar o‘tishining buzilishi hisoblanadi. Ular koprolitlar, gelmintlar invaziyasi, oziq-ovqat massalari, limfoid gipertrofiya va neoplazmalar sababli yuzaga kelishi mumkin. Obstruksiya sharoitida shilliq qavatning sekretsiyasi ChO‘ ichida bosimning oshishiga olib keladi. Patogen flora bilan ifloslangan ChO‘ning tarkibi O‘A rivojlanishi uchun qulay muhit bo‘lib xizmat qiladi.

Eng tez-tez ajraladigan mikrofloralar aerob mikroorganizmlardir: Esherichia Coli, Streptococcus Viridans, Pseudomonas Aeruginosa, Streptococcus D; anaeroblardan Bacteroides Fragilis, Bacteroides Thetaiotaomicron, Peptostreptococcus Micros, Bilophila Wadsworthia, Lactobacillus Spp. va ularning yig‘indilari.

Katta yoshdagi va keksa bemorlarda anastomozlarga ega bo‘lmagan ChO‘ arteriyasi trombozi sababli birlamchi gangrenoz appenditsit paydo bo‘lishi mumkin. O‘tkir appenditsitning patogenezi bo‘yicha yagona fikr, to‘xtam mavjud emas. O‘tkir appenditsitning boshqa, yanada kam uchraydigan sabablari ham bor.

**Asoratlangan O‘A** - qorin bo‘shlig‘ida tarqaladigan infeksiya belgilari, appendikulyar infiltrat, absesslar, keng tarqalgan peritonit, retroperitoneal flegmona, pileflebit [va boshqalar bilan asoslanadi](#).

**2.3. Tasnifi.** Jarrohlar orasida V.S. Savelyev va V.A. Petuxovning 2009 yilgi [klinik-morfologik tasnifi](#) birmuncha e’tiborga loyiq:

### I. Morfologik o‘zgarishlarning tabiati bo‘yicha:

1. Oddiy (kataral) appenditsit;
2. Flegmonoz appenditsit;

3. Gangrenoz appenditsit;
4. Perforativ (teshilgan) appenditsit.

## **II. Morfologik o'zgarishlarning tarqalishi bo'yicha:**

1. Asoratlanmagan;

2. Asoratlangan:

a) appendikulyar infiltrat;

b) appendikulyar absess;

c) mahalliy peritonit;

d) qorin bo'shlig'ining ikki yoki undan ortiq anatomik sohalarini qamrab oladigan diffuz yoki tarqalgan peritonit;

e) boshqa asoratlar (ichaklararo absesslar, retroperitoneal flegmona, pileflebit va boshqalar).

## **III. Klinik ko'rinishlarga ko'ra:**

1. Odatiy (tipik) klinik ko'rinish bilan;

2. Noodatiy (atipik) klinik ko'rinish bilan.

### **Diagnostika yondashuv tartibi va usullari.**

Klinik kechishi simptomlarning rivojlanish mexanizmiga ko'ra o'tkir appenditsitning odatiy (tipik) va noodatiy (atipik) shakllari farqlanadi.

#### **2.4. Tipik klinik ko'rinishdagi o'tkir appenditsit**

– **O'tkir qorin og'rig'i.** Kasallikning boshida og'riq asosan epigastral yoki mezogastral sohalarda lokalizatsiyalanadi. Kasallik boshlanganidan bir necha soat o'tgach og'riq kuchayadi, o'ng yonbosh sohasiga o'tadi. Og'riqning bu xarakterli siljishi *Koxer-Volkovich* simptomi deb ataladi;

– Palpatsiya paytida o'ng yonbosh sohasidagi og'riq;

##### **2.4.1. Mahalliy appendikulyar alomatlar:**

• *Rovzing simptomi* – bu bir qo'l bilan yo'g'on ichakning tushuvchi qismi turtkisimon bosilganda va boshqa qo'lni ushbu ichak sohasidan pastga qo'yib turganda o'ng yonbosh sohasidagi og'riq hissini yuzaga kelishi. Simptom 85% hollarda musbat bo'ladi;

• *Sitkovskiy simptomi* – bemor chap tomonga yonboshlagan holatda o'ng yonbosh sohasida og'riq kuchayganligini sezadi. Simptom 85% hollarda musbat bo'ladi;

• **Bartom'ye-Mixelson simptomi** – bemor chap tomonga yonboshlagan holatda o'ng yonbosh sohasi palpatsiya qilinganda og'riqning kuchayishi. Simptom 60% hollarda musbat bo'ladi;

• **Razdolskiy simptomi** – qorin devori perkussiyasida o'ng yonbosh sohada og'riq paydo bo'ladi. Simptom 85% hollarda musbat bo'ladi;

• **Voskresenskiy simptomi** – qo'l bilan tarang tortilgan “ko'ylak” usti bo'ylab epigastral sohadan pastga, ko'r ichak tomon bemor nafas olgan vaqtda tez sirpanuvchi harakat qilinganida o'ng yonbosh sohasida og'riqning paydo bo'lishi. Simptom 60-90% hollarda musbat bo'ladi;

• **Dyelaftua triadasi** – qorinning o'ng pastki kvadrantida mahalliy og'riq sindromi, mushaklar tarangligi va giperesteziya;

• **Kullenkampf simptomi** (chanoq qorin pardasining ta'sirlanish simptomi) – rektal va vaginal tekshiruvda duglas bo'shlig'i proektsiyasida o'tkir og'riq aniqlanadi;

• **Shyotkin-Blyumberg** – bemor chalqancha yotgan holatida qorin old devori o'ng yonbosh sohasiga qo'l barmoqlarini birga yig'ib bosiladi, so'ngra ular keskin tortib olinadi. Barmoqlarni olish paytida og'riq paydo bo'lsa yoki kuchaysa simptom musbat hisoblanadi. Ushbu simptom 20-25% hollarda ijobiy bo'ladi.

## **2.5. Atipik klinik ko'rinishdagi o'tkir appenditsit**

Chualchangsimon o'simta lokalizatsiyasining atipik shakllarida o'tkir appenditsit klinik ko'rinishiga alohida e'tibor qaratish lozim. Atipik lokalizatsiyaning quyidagi shakllari mavjud:

### **2.5.1. Chualchangsimon o'simtani retrotsekal va retroperitoneal joylashuvi:**

- 6-25% hollarda uchraydi;
- qorindagi og'riq asta-sekin, o'rtacha intensivlikda rivojlanadi, xurujsimon tabiatga ega bo'lmaydi;
- palpatsiya paytida o'ng yonbosh, o'ng yon yoki belning o'ng sohasida og'riq kuzatiladi;
- **Obrazsov simptomi** musbat bo'ladi – tizza bo'g'imida uzatilgan o'ng oyoqni bukmasdan ko'targan bir vaqtning o'zida ko'r ichak sohasiga bosilganda og'riq kuchayadi.

### **2.5.2. Chualchangsimon o'simtani chanoq bo'shlig'ida joylashuvi:**

- 9-18% hollarda, ko'pincha ayollarda uchraydi;
- qov usti sohasida og'riq;
- appendikulyar simptomlarning mavjud bo'lmasligi;
- **Koup simptomi** – bemor orqa bilan yotgan va tizza bo'g'imi bukilgan holatda o'ng sonni tashqariga rotatsiya qilgan paytida o'ng tomonlama chanoq chuqurligida

ogʻriq paydo boʻlishi. Koup simptomi ginekologik kasalliklarda ham musbat boʻlishi mumkin;

– **Obrazsov simptomi** – tizza boʻgʻimida uzatilgan oʻng oyoqni bukmasdan koʻtargan bir vaqtning oʻzida koʻr ichak sohasiga bosilganda ogʻriq kuchayadi (*tavsiya darajasi A, dalil darajasi 3*).

### **2.5.3. Chuvalchangsimon oʻsimtani jigar ostida joylashuvi:**

- 0,4-1% hollarda uchraydi;
- oʻng qovurgʻa ostida ogʻriqning mavjudligi;
- anamnezida oʻt-tosh kasalligi va jigar sanchiqlari boʻlmaydi;
- kattalashgan oʻt pufagi paypaslanmaydi;
- manfiy “oʻt qopi” simptomlari.

### **2.5.4. Chuvalchangsimon oʻsimtani mezogastral joylashuvi:**

- kindik atrofida yoki oʻng mezogastral sohadagi ogʻriq;
- mezogastral sohada, asosan, oʻng boʻlimlarda erta mushaklar taranglashuvining rivojlanishi;
- intoksikatsiyaning yaqqol umumiy simptomlari (isitma, koʻngil aynishi, qusish);
- jarayon ingichka ichakka yaqin boʻlsa, taʼsirlanish shilliq aralash suyuq ich kelishiga sabab boʻlishi mumkin.

## **2.6. Homiladorlikni kechki bosqichlarda oʻtkir appenditsit**

Homilador ayollarda bu kasallik 800-2000 homilador ayolga 1 ta holatda uchraydi. Koʻpincha, oʻtkir appenditsit homiladorlikning I (19-32%) va II trimestrlarida (44-66%), kamdan-kam hollarda esa III trimestrda (15-16%) va tugʻruqdan keyingi davrda (6-8%) uchraydi. Homiladorlik muddatini ortishi bilan oʻtkir appenditsitning klinik belgilarida birmuncha oʻzgarish kuzatiladi va III trimestrda ushbu kasallikni tashxislash anchayin qiyin kechadi. Homiladorlik davrining 20-21 xaftaligidan boshlab koʻrichak va chuvalchangsimon oʻsimta yuqoriga va tashqariga siljiydi.

Oʻtkir appenditsit bilan ogʻrigan homilador ayollarda qorinda oʻtkir ogʻriqlar kuzatiladi, ular doimiy ogʻriqli xarakterga ega boʻlib, ogʻriq jarayon lokalizatsiyasi tomonga harakat qiladi (qorinning oʻng yon sohasi, oʻng qovurgʻa osti). Shuningdek, yaqqol musbat **Taranenko simptomi** (chap tomondan oʻng tomonga burilish paytida qorinda ogʻriqlarning kuchayishi) va musbat **Brendo simptomi** (homilador bachadonni chap qovurgʻa tomon bosilganda oʻngda ogʻriq aniqlanadi) qayd etiladi (*tavsiya darajasi B, dalil darajasi 3*).

## **2.7. Katta yoshdagi va keksa bemorlarda oʻtkir appenditsit**

Katta va keksa yoshdagi bemorlarda oʻtkir appenditsitning oʻziga xos xususiyati shundaki, operatsiyagacha oʻtkir appenditsitni aniqlash organizmning reaktivligi va ogʻriq sezuvchanligining pasayishi sababli qiyinlashadi. Bunday hollarda hatto

chuvalchangsimon o'simtada destruktiv o'zgarishlar rivojlanishi ham mujmal, yaqqol ifodalanmagan klinik simptomlarni namoyon qilishi mumkin. Bu esa og'riq simptomining kuchsiz ifodalanganligi, dispeptik va dizurik buzilishlar, normal yoki biroz ko'tarilgan tana harorati, taxikardiya, leykotsitoz va EChT oshishining yo'qligi bilan namoyon bo'ladi.

## 2.8. Asoratlangan o'tkir appenditsit diagnostikasi

**Appendikulyar infiltrat** – bu yallig'langan chuvalchangsimon o'simta atrofida joylashgan organlar va to'qimalarning o'zaro bitishmali konglomerati (yig'indisi) hisoblanadi. U kasallik boshlanganidan 3-5 kun o'tgach, bemorning shifokorga o'z vaqtida murojaat qilmasligi, statsionargacha yoki statsionar bosqichdagi diagnostik xatolar natijasida rivojlanadi. Og'riq susayadi, bemor umumiy ahvoli yomonlashmaydi, tana harorati subfebril bo'lib, qorinning pastki o'ng kvadrantida (ChO' tipik joylashganda) infiltrat palpatsiya qilinadi, qorin parda ta'sirlanish belgilari bo'lmaydi.

Bunda anamnezni sinchkovlik bilan yig'ish muhimdir: og'riq harakati (ko'chishi)ning alomati (**Koxer-Volkovich, Kyummel**) va appenditsitning boshlanishiga xos bo'lgan simptomkompleks aniqlanadi. Appendikulyar infiltrat rivojlanishining 2 xil natijasi bo'lishi mumkin: so'rilish va absess.

**Periapendikulyar absess** appendikulyar infiltratning natijasidir: shifoxonadagi kuzatuv jarayonida bemorda appendikulyar infiltrat proyeksiyasida qaytadan og'riq paydo bo'ladi, tizimli yallig'lanish reaksiyasi rivojlanadi (isitma, taxikardiya, leykotsitlar darajasining oshib borishi), ultratovush tekshiruvi (UTT) gipo- yoki anexogen tarkibli va piogen kapsulaga ega yumaloq bo'shliqli hosilani ko'rsatadi.

**Sepsis ko'rinishsiz peritonitda** qorinda og'riq, ifodalangan taxikardiya, mushaklar taranglashuvi, qorin parda ta'sirlanish simptomlari musbat bo'ladi.

**Abdominal sepsisning rivojlanishida** mahalliy namoyon bo'lishiga (qorinda og'riq, mushaklar taranglashuvi, qorin parda ta'sirlanish simptomlarining musbat belgilari) 2 yoki undan ortiq TYaJS mezonlari ham qo'shiladi: tana harorati  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  yoki  $\leq 36^{\circ}\text{C}$  dan yuqoriligi, taxikardiya  $\geq 90/\text{daq.}$ , taxipnoye  $>20/\text{daq.}$ , leykotsitlar  $>12 \times 10^9/l$  yoki  $<4 \times 10^9/l$  yoki  $>10\%$  yetilmagan shakllarning mavjudligi).

**Og'ir abdominal sepsisida** organlar disfunktsiyasi rivojlanadi: gipotenziya (SAB  $<90$  mm.Hg.ust. yoki DAB  $<40$  mm.Hg.ust.), gipoperfuziya (ruhiy holatning keskin o'zgarishi, oliguriya, giperlaktatatsidemiya).

**Septik shokda** SQHni to'ldirilishiga chidamli gipotoniya, shuningdek, to'qima va organlar gipoperfuziyasi rivojlanadi. Ushbu toifadagi bemorlarga tashxis qo'yish qiyinchilik tug'dirishi mumkin: hushi buzilgan, og'riq sindromi, klassik peritoneal belgilar aniqlanmagan yoki kuchsiz ifodalangan, enteral etishmovchilik belgilari (qorinda shish, peristaltikaning yo'qligi), shuningdek qorin old devori pastozligi (yengil shish) belgilari mavjud bo'ladi (*tavsiya darajasi B, dalil darajasi 3*).

**2.8.1. Alvarado klinik baholash tizimiga ko‘ra diagnostik samaradorlik, WSES, World Journal of Emergency Surgery 2016 [tavsiyalari bo‘yicha](#):**

1. Alvarado klinik baholash tizimi, fizik tekshiruv va laboratoriya parametrlarga asoslangan bo‘lib, o‘tkir appenditsitni istisno qilishda yetarlicha samarali hisoblanadi: ballar yig‘indisi 5 (0-4) dan kam bo‘lsa, o‘tkir appenditsit ehtimoli past;

2. Alvarado klinik baholash tizimi o‘tkir appenditsitni tashxislash uchun etarlicha maxsuslikka ega emas;

3. Bugungi kunda ideal, yuqori sezuvchanlikka va o‘ziga xoslikka ega bo‘lgan klinik qo‘llaniladigan diagnostik baholash tizimi mavjud emas (6-jad.):

6-jadval

**Alvarado shkalasi**

<b>№</b>	<b>Belgilar</b>	<b>Ballar</b>
1	O‘ng yonbosh sohasidagi og‘riq	2
2	Ko‘ngil aynishi yoki qayt qilish	1
3	Anoreksiya	1
4	Og‘riqni epigastral yoki paraumbilikal sohadan o‘ng yonbosh sohasiga ko‘chishi	1
5	O‘ng yonbosh sohasida mahalliy mushaklar taranglashuvi	1
6	Haroratning ko‘tarilishi >37,5°C	1
7	Leykotsitoz >10*10 <sup>9</sup> /l	2
8	Leykotsitar formulaning chapga siljishi (neytrofillar >75%)	1
	<b>JAMI</b>	<b>10</b>

**Ballar yig‘indisi bo‘yicha ma‘lumotlarni baholash (7-jad.):**

7-jadval

<b>0-4 ball</b>	o‘tkir appenditsit ehtimoldan yiroq
<b>5-6 ball</b>	ikkilanish mavjud (istisno qilib bo‘lmaydi)
<b>7-8 ball</b>	o‘tkir appenditsit ehtimoli mavjud
<b>9-10 ball</b>	o‘tkir appenditsit ehtimoli yuqori

**2.8.2. Appenditsit ehtimolini bashorat qilish. [PIRASA xavf shkalasi](#) (Raja Isteri Pengiran Anak Saleha Appendicitis, 8-jad.):**

8-jadval

<b>№</b>	<b>Mezonlar</b>	<b>Ballar yig‘indisi</b>
	<b>Klinik belgilar</b>	
1	Ko‘ngil aynishi va qayt qilish	1
2	Anoreksiya	1
3	O‘ng yonbosh sohasida og‘riq	1
4	Og‘riqning o‘ng yonbosh sohasiga ko‘chishi	0,5
5	Rovzing simptomi	2
6	O‘ng yonbosh sohasidagi mushaklarda himoya (taranglik)	2

<b>№</b>	<b>Mezonlar</b>	<b>Ballar yig'indisi</b>
	belgisi	
<b>7</b>	Shyotkin-Blyumberg simptomi	1
<b>8</b>	Tana harorati >37°C	1
<b>9</b>	Leykotsitlar darajasi >10,0×10 <sup>9</sup> /l	1
	<b>Jinsi</b>	
<b>10</b>	Erkak	1
<b>11</b>	Ayol	0,5
	<b>Yoshi</b>	
<b>12</b>	40 yoshdan kichik	1
<b>13</b>	40 yoshdan katta	0,5
	<b>Simptomlarning davomiyligi</b>	
<b>14</b>	48 soatdan kam	1
<b>15</b>	48 soatdan ko'p	0,5
<b>16</b>	Siydik tahlilining salbiy natijasi	1
	<b>BALLARNING JAMI YIG'INDISI</b>	15

**PIRASA shkalasi bo'yicha kalit (9-jad.):**

*9-jadval*

<b>0-5 ball:</b>	appenditsit ehtimoli juda past
<b>5-7 ball:</b>	appenditsit ehtimoli past
<b>7,5-11,5 ball:</b>	appenditsit ehtimoli o'rtacha
<b>12 baldan yuqori:</b>	appenditsit ehtimoli yuqori

### **3. TEKSHIRUV PROTOKOLI**

“Emergency department” bo‘limida majburiy va qo‘shimcha tekshirish usullari amalga oshiriladi.

#### **3.1. Asosiy va qo‘shimcha laboratoriya tekshiruvlari**

##### **3.1.1. Asosiy laborator tekshiruvlar (majburiy):**

- Umumiy qon tahlili (UQT);
- umumiy siydik tahlili;
- qonning ivish vaqti, qon ketish davomiyligi;
- OIV uchun qon tekshiruvi;
- qon guruhi va Rh faktori.

##### **3.1.2. Ko‘rsatmaga asosan qo‘shimcha laborator tekshiruvlar:**

- UQT kengaytirilgan leykoformula bilan: leykoformulaning chapga siljishi;
- ko‘rsatmaga sasosan qonning biokimyoviy tekshiruvi (Alt, Ast, mochevina, kreatinin, bilirubin, glyukoza, umumiy oqsil): peritonit bilan asoratlanganda mochevina, kreatinin darajasining oshishi;

- C-reaktiv oqsil: CRO konsentratsiyasining oshishi (0-49 mg/l yoki  $\geq 50$  mg/l);
- koagulogramma (protrombin vaqti, fibrinogen, FQTV, XNN): koagulopatiya (abdominal sepsis bilan asoratlanganda);
- elektrolitlar (ko'rsatmaga muvofiq);
- KAX (ko'rsatmaga muvofiq);
- D-dimerlar darajasini aniqlash (differensial diagnostika uchun);
- plazmadagi laktat darajasini aniqlash: laktoatsidoz (abdominal sepsis bilan asoratlanganda);
- qon pazmasidagi prokalsitonin testi (miqdoriy immunolyuminometrik usul yoki yarim miqdoriy immunoxromatografik ekspress-usul): prokalsitonin darajasining oshishi (abdominal sepsis bilan asoratlanganda);
- soatlik diurezni aniqlash;
- markaziy venoz bosim (MVB) va qorin ichi bosimi darajasini aniqlash (*tavsiya darajasi B, dalil darajasi 4*).

### **3.2. Asosiy va qo'shimcha instrumental tekshiruvlar**

#### **3.2.1. Asosiy instrumental tekshiruvlar:**

- qorin bo'shlig'i va ko'krak qafasi organlarining obzor R-grafiyasi – tik holda;
- qorin bo'shlig'i UTT;
- EKG.

#### **3.2.2. Ko'rsatmaga asosan qo'shimcha instrumental tekshiruvlar:**

- terapevt, anesteziolog-reanimatologning ko'rigi, agar zarur bo'lsa qabul bo'limida ayollar uchun ginekolog ko'rigi;
- peritoneal eksudatni, periappendikulyar absess bo'shlig'i tarkibini bakteriologik tekshirish;
- chugalchangsimon o'simtani gistologik tekshirish.

#### **3.2.3. WSES, World Journal of Emergency Surgery 2016 [tavsiyasi asosida ko'rsatmaga ko'ra qo'shimcha tekshiruvlar](#) (texnik imkoniyatlar mavjud bo'lganda):**

- appenditsitga shubha qilingan bemorlarda diagnostik tekshiruvlarga ko'rsatma va usullarni aniqlashda kasallikni ifodalanganligi, bemor jinsi va yoshiga qarab individual yondashuv tavsiya etiladi;
- o'tkir appenditsitga shubha qilingan homilador bemorlar differensial diagnostikasi uchun KT qarshi ko'rsatma hisoblanadi, ularga MRT tavsiya etiladi;
- qorin bo'shlig'ining UTT: o'simta diametri 6-7 mm, qisqarmaydi, o'ng yonbosh sohasida ajralma mavjudligi, infiltrat yoki absess mavjudligi, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik bo'lishi;
- diagnostik laparoskopiya: yallig'langan chugalchangsimon o'simta, fibrin, o'ng yonbosh sohasida va qorin bo'shlig'ida suyuqlik ko'rinadi;
- KT differensial diagnostika uchun qat'iy ko'rsatmalarga muvofiq, agar tibbiy muassasada KT mavjud bo'lsa va bemorda barqaror gemodinamika (homilador ayollar va 18 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun KT qarshi ko'rsatmadir!) bo'lsa o'tkaziladi: chugalchangsimon o'simta diametri 6-7 mm, devori qalinlashgan, oraliq bo'shligi

qisqarmaydi, appendikolitlar, o'ng yonbosh sohasida ajralma mavjudligi, infiltrat yoki absess mavjudligi;

– MPT differensial diagnostika uchun ko'rsatmaga ko'ra, tibbiy muassasada MRT mavjud bo'lsa va bemorning barqaror gemodinamik holatida (homilador ayollar va 18 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun KTning muqobilidir) o'tkaziladi: chuvalchangsimon o'simta diametri 6-7 mm, devori qalinlashgan, oraliq bo'shligi qisqarmaydi, appendikolitlar, o'ng yonbosh sohasida ajralma mavjudligi, infiltrat yoki absess mavjudligi;

– EKG, terapevt maslahati;

– ko'krak qafasi obzor rentgenografiyasi;

– qorin bo'shlig'i organlarining obzor rentgenografiyasi: teshilgan gastroduodenal yara bilan differensial diagnostika qilish uchun;

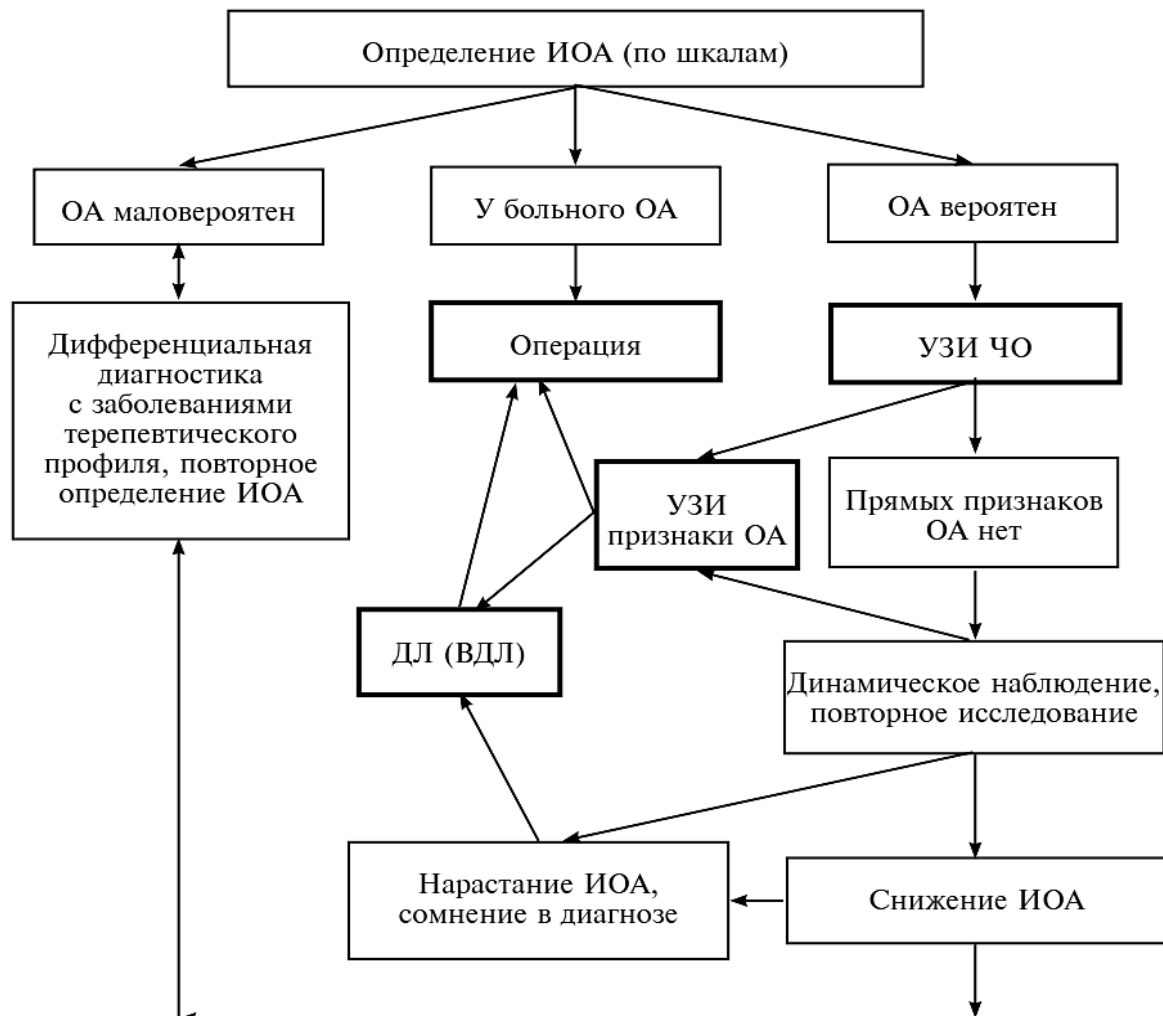
– EFGDS: oshqozon kasalliklari bilan differensial diagnostika qilish uchun (tavsiya darajasi A, dalil darajasi 3).

### 3.3. Mutaxassislar maslahati uchun ko'rsatmalar:

– hamroh kasalliklarni istisno qilish uchun terapevt maslahati;

– differensial diagnostika uchun ko'rsatmaga ko'ra urolog, ginekolog va boshqa tor mutaxassislarning maslahati.

### 3.4. O'Ada diagnostik-davolash [algoritmi](#) (rus tilida berilgan, 1-rasm):



### 3.5. Differensial diagnostika

Eng avvalo, quyidagi kasalliklar bilan farqlash kerak: o'ng tomonlama buyrak sanchig'i, pielonefrit, o'ng tomonlama o'tkir salpingooforit, tuxumdon kistasining yorilishi, bachadondan tashqari homiladorlik, Mekkel divertikullari, teshilgan yara, gastroenterit, Kron kasalligi va boshqalar (10-jad.):

10-jadval

№	Nozologiya	Differensial diagnostika uchun asos	Tekshiruvlar	Istisno qilish mezonlari (xarakterli simptomlar)
1	O'tkir appenditsit	Qorin bo'shlig'i organlarining boshqa kasalliklarini va uroginekologik kasalliklarini istisno qilish uchun	Qorin bo'shlig'i KT: qalinlashgan, zichlashgan va qatlamli devorga ega kattalashgan chuvalchangsimon o'simta	Og'riq odatda epigastral yoki paraumbilikal sohada boshlanadi, so'ngra o'ng yonbosh sohasiga ko'chadi
2	Teshilgan oshqozon yoki 12 barmoqli ichak yarasi	Qorin bo'shlig'i organlarining boshqa kasalliklarini istisno qilish uchun	Qorin bo'shlig'ining rentgenografiyasi: diafragma ostidagi erkin gaz; EFGDS: "tubsiz yara"	Epigastral sohada "xanjarsimon" og'riq, to'satdan paydo bo'ladi, qorin old devori mushaklarining keskin taranglashuvi
3	O'tkir pankreatit va xolesistit	Boshqa qorin bo'shlig'i organlari kasalliklari, jumladan o'tkir pankreatit va xolesistitni istisno qilish uchun	Amilazaning uch karra yoki undan ko'proqqa oshishi, qorin bo'shlig'i KT: oshqozon osti bezining yallig'lanish belgilari	Epigastral yoki paraumbilikal sohada og'riq, tana orqa tomoniga irradiatsiya bilan; paraumbilikal yoki yon sohalardagi ekximozlar og'ir pankreatitdan dalolat beradi
4	Asoratlangan Mekkel divertikuli	Qorin bo'shlig'i organlarining boshqa kasalliklarini istisno qilish uchun	Maxsus testlar mavjud emas	Odatda simptomlarsiz kechadi, bemorlarning atigi 20 foizida divertikulit klinikasi mavjud bo'ladi, ularning 50 foizi 10 yoshdan kichik boladi; divertikulitning klinik ko'rinishlari ham o'tkir appenditsit bilan bir xil
5	Bachadondan tashqari homiladorlik	Boshqa ginekologik kasalliklarini istisno qilish maqsadida	Qonda $\beta$ -OXG darajasining oshishi; kichik chanoq a'zolari UTT: bachadon bo'shlig'ida homilaning yo'qligi	Ayolda qorinning pastki qismida og'riqlar va hayz ko'rishni buzilishi, jinsiy yo'llardan qon ajralishi
6	Tuxumdon apopleksiyasi	Kichik chanoq a'zolarining boshqa ginekologik	Kichik chanoq a'zolari UTT: tuxumdonda	Qoida tariqasida, hayz siklining o'rtasida paydo bo'ladi; jismoniy faollikdan so'ng simptomlar

<b>№</b>	<b>Nozologiya</b>	<b>Differensial diagnostika uchun asos</b>	<b>Tekshiruvlar</b>	<b>Istisno qilish mezonlari (xarakterli simptomlar)</b>
		kasalliklarini istisno qilish uchun	Hosilaning mavjudligi (sariq tana), kichik chanoq bo'shlig'ida erkin suyuqlik	paydo bo'ladi; qorinning pastki qismida rektal sohaga uzatiladigan og'riqlar xarakterlidir
<b>7</b>	Kichik chanoq a'zolarining yallig'lanishi	Boshqa uroginekologik kasalliklarni istisno qilish uchun	Jinsiy yo'llardan flora uchun surtma olish: mahalliy yallig'lanish belgilari	Qorinning pastki qismida og'riq, jinsiy yo'llardan yiringli ajralmalar, isitma, bachadon bo'shlig'ida yot jismni mavjudligi (bachadon ichi spirali)
<b>8</b>	O'ng tuxumdon (bachadon ortig'i) buralishi	Kichik chanoq a'zolarining boshqa ginekologik kasalliklarini istisno qilish uchun	Kichik chanoq a'zolari UTT: og'riq tomondagi tuxumdonning kattalashuvi, tuxumdonda qon oqimini pasayishi	Qorinning pastki qismida ushbu soha palpatsiya qilinganida og'riqning kuchayishi
<b>9</b>	O'ng buyrak sanchig'i	Boshqa urologik kasalliklarni istisno qilish maqsadida	Umumiy siydik tahlili: mikrogematuriya. Buyraklarning UTT yoki KT: o'ng tomonda kosacha-jom tizimining kengayishi, siydik nayida konkrement mavjudligi	Qorinning o'ng yarmida to'satdan, keskin boshlanuvchi, ko'pincha burovchi, asosan mezogastriyada, belda, ba'zida sonning medial yuzasi va jinsiy a'zolarga uzatiladigan og'riqlar, palpatsiyada mazkur sohalar og'riqli
<b>10</b>	Siydik yo'llari infeksiyalari	Boshqa urologik kasalliklarni istisno qilish maqsadida	Umumiy siydik tahlili: leykotsituriya va (yoki) bakteriuriya	qorinning pastki qismida dizuriya bilan birga kechuvchi og'riq, ko'pincha tana harorati ko'tariladi
<b>11</b>	O'tkir mezadenit	Qorin bo'shlig'i organlarining boshqa kasalliklarini istisno qilish uchun	UTT yoki KT: mezenterial limfa tugunlarining kattalashuvi	Odatda anamnezida nafas yo'llari infeksiyalari bo'lgan bolalarda uchraydi; qorindagi og'riqni aniq lokalizatsiyasi yo'q, og'riq pastki o'ng kvadrantda lokalizatsiya qilinmaydi; mushaklar tarangligi o'rtacha, rigidlik yo'q; umumiy limfadenopatiya kuzatilishi mumkin
<b>12</b>	Ichak infeksiyalari	Boshqa yuqumli ichak kasalliklarni istisno qilish uchun	Ichak kasalliklari guruhiga oid musbat najas tahlili	Profuz suvsimon diareya, ko'ngil aynishi, qusish; diareyadan oldin aniq lokalizatsiyasiz og'riqlar

#### **4. DAVOLASH PROTOKOLI**

##### **4.1. Davolashda ishlatiladigan dorilar (amaldagi moddalar, 11-jad.):**

11-jadval

<b>№</b>	<b>Dori moddalarning XPN</b>
----------	------------------------------

<b>1</b>	Amikatsin (Amikacin)
<b>2</b>	Aminofillin (Aminophylline)
<b>3</b>	Vodorod peroksidi (Vodorod peroksid)
<b>4</b>	Gentamitsin (Gentamitsin)
<b>5</b>	Geparin (Heparin)
<b>6</b>	Gidrokortizon (Gidrokortizon)
<b>7</b>	Dektrosa (Dextrose)
<b>8</b>	Ibuprofen (Ibuprofen)
<b>9</b>	Ketoprofen (Ketoprofen)
<b>10</b>	Ketorolak (Ketorolac)
<b>11</b>	Levofloksatsin (Levofloxacin)
<b>12</b>	Metoklopramid (Metoclopramide)
<b>13</b>	Metronidazol (Metronidazol)
<b>14</b>	Morfin (Morfin)
<b>15</b>	Natriy xlorid (Natriy xlorid)
<b>16</b>	Metilsulfat neostigmini (Neostigmine methylsulfate)
<b>17</b>	Omeprazol (Omeprazol)
<b>18</b>	Yangi muzlatilgan qon plazmasi
<b>19</b>	Povidon - yod (Povidone - yod)
<b>20</b>	Prednizolon (Prednisolone)
<b>21</b>	Tramadol (Tramadol)
<b>22</b>	Trimeperidin (Trimeperidine)
<b>23</b>	Famotidin (ciprofloxacin)
<b>24</b>	Flukonazol (Fluconazole)
<b>25</b>	Furosemid (Furosemide)
<b>26</b>	Xlorgeksidin (Chlorhexidine)
<b>27</b>	Sefepim (Cefepime)
<b>28</b>	Sefoperazon (Cefoperazone)
<b>29</b>	Sefotaksim (Cefotaxime)
<b>30</b>	Seftazidim (Ceftazidime)
<b>31</b>	Seftriakson (Seftriakson)
<b>32</b>	Sefuroksim (Cefuroxime)
<b>33</b>	Siprofloksatsin (Ciprofloxacin)
<b>34</b>	Epinefrin (Epinefrin)
<b>35</b>	Eritrositar massa eritmasi
<b>36</b>	Etamzilat (Etamsylate)

## 4.2. Ambulator sharoitda davolash taktikasi (oilaviy poliklinikalar, TTYo-103)

O‘tkir appenditsit, shuningdek, “o‘tkir appenditsit”ga shubha bo‘lishi poliklinikada laborator va instrumental tekshiruvlarsiz darhol tez tibbiy yordamni chaqirish va bemorni shoshilinch xirurgik shifoxonasiga yuborish uchun asos bo‘ladi.

Shifoxonagacha bo‘gan bosqichda og‘riq qoldiruvchi vositalar qo‘llash, vannalar, issiqlik va sovuqdan foydalanish taqiqlanadi. Beqaror gemodinamikada (peritonit, abdominal sepsis, septik shok bilan asoratlangan destruktiv appenditsit) gemodinamikani barqarorlashtirishga qaratilgan terapevtik chora-tadbirlar poliklinika shifokorlari tomonidan “tez tibbiy yordam - 103” kelishidan oldin boshlanadi, xirurgik shifoxonasiga olib borayotganda esa yo‘lda “tez tibbiy yordam - 103” brigadasi tomonidan davom ettiriladi.

### 4.3. Dori-darmonlarsiz davolash: yo‘q.

### 4.4. Dori-darmonlar bilan davolash

**Asosiy dori vositalar ro‘yxati** (qo‘llanilish ehtimoli 100%, 12-jad.):

12-jadval

№	Farmakoterapevtik guruh	Dori moddaning XPN	Qo‘llash usuli	Dalil darajasi va manba
1	Infuziya uchun eritmalar	natriy xlorid, infuzion eritma 0,9% -200,0 ml, 400,0 ml	v/i	<a href="#">A</a>
2	Infuziya uchun eritmalar	Dekstroza, infuzion eritma, 5%, 10%, 200,0 ml, 400,0 ml	v/i	<a href="#">B</a>
3	Glyukokortikosteroidlar	Gidrokortizon, inyektsiya uchun eritma, 125-250 mg	v/i, tomchilab yoki tizillatib	<a href="#">B</a>
4	Glyukokortikosteroidlar	Prednizon, inyektsiya uchun eritma, 60-120 mg	v/i, tomchilab yoki tizillatib	<a href="#">A</a>
5	Alfa va beta adrenomimetiklar	Epinefrin, inyektsiya uchun eritma, 0,18% -1 ml	t/o, m/o, v/i sekin, 20 ml 40% glyukoza eritmasida 0,5 ml dan	<a href="#">A</a>

**Qo‘shimcha dorilar ro‘yxati** (qo‘llash ehtimoli 100% dan kam): yo‘q.

**Xirurgik aralashuvi:** yo‘q.

**Keyingi tadbir:** shifoxonaga yuborish.

**Poliklinikada xavfsiz diagnostik usullar va davolash samaradorligi ko'rsatkichlari:** o'z vaqtida shifoxonaga yo'naltirish.

**Shoshilinch gospitalizatsiya uchun ko'rsatmalar:**

- "o'tkir appenditsit" tashxisi qo'yilganligi;
- O'A ga asosli tahminlarni mavjudligi.

**O'TKIR APPENDITSITDA TIBBIY ARALASHUVLAR  
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

	KXT-10	KXT-11
<b>Kod</b>	<b>K35-K38. O‘tkir appenditsit</b>	<b>DB10.0-DB10.Z. O‘tkir appenditsit</b>
<b>Havola</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10172">https://mkb-10.com/index.php?pid=10172</a>	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#40398753">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#40398753</a>

## TOSHKENT - 2025

### ASOSIY QISM

**1. Kirish.** A’zolar disfunktsiyasi sharoitida jarrohlik muolajasini o‘tkazish a’zoldagi buzilishlarining qaytarilmas kuchayishiga olib keladi, shuning uchun bunday sharoitlarda intensiv infuzion terapiya, suv va elektrolitlar buzilishini tuzatish va antibakterial profilaktikadan iborat bo‘lgan operatsiyadan oldingi tayyorgarlik ko‘rilishi kerak; bemorning og‘ir va o‘ta og‘ir ahvolda profilaktika qisqa muddatli (tashhis qo‘yilgan paytdan boshlab 2 soatdan kam) yoki uzoqroq (2-6 soat) bo‘lishi mumkin. Tayyorgarlik jonlantirish bo‘limida, ba’zan esa bevosita operatsiya stolida [o‘tkazilishi mumkin](#).

**2. Statsionar sharoitda davolash taktikasi.** “O‘tkir appenditsit” tashxisining qo‘yilishi shoshilinch operatsiya – appendektomiya uchun ko‘rsatma hisoblanadi. Appendektomiya o‘tkir appenditsitni davolashning standart usuli bo‘lib, ochiq yoki afzalroq bo‘lgan laparoskopik usulda amalga oshirilishi mumkin. **Appendektomiyaga qarshi ko‘rsatmalar:**

– operatsiyadan oldin aniqlangan appendikulyar infiltrat (konservativ davo ko‘rsatiladi);

– operatsiya vaqtida aniqlangan zich ajralmas infiltrat (konservativ davo ko‘rsatiladi);

– operatsiyadan oldin aniqlangan, qorin bo‘shlig‘iga yorilish belgilarisiz periappendikal xo‘ppoz (xo‘ppoz bo‘shlig‘ini teri orqali drenajlash, agar bu texnik jihatdan imkonsiz bo‘lsa xo‘ppozni qorin pardadan tashqi kirish orqali ochish amalga oshiriladi);

– tuzatilmagan (muvozanatlashtirilmagan) organlar disfunktsiyasi;

– septik shok (2 soat davomida operatsiyadan oldingi tayyorgarlik ko‘rishga ko‘rsatma hisoblanadi).

### **Rejali hospitalizatsiya uchun ko‘rsatmalar:**

– appendikulyar infiltratni samarali konservativ davolashdan keyingi holat (infiltrat so‘rilishidan so‘ng 6 hafta o‘tgach).

**Anesteziya turi – umumiy kombinatsiyalangan anesteziya.** O‘tkir appenditsit bilan og‘rigan barcha bemorlarda, shuningdek, 3-4 darajali semizlik, tarqalgan peritonit klinikasi mavjud bo‘lishi, operatsiyani laparoskopik usulda bajarilishi va bolalik yoshi ham umumiy anesteziya uchun ko‘rsatma hisoblanadi.

## **3. Xirurgik aralashuv**

**3.1. Diagnostik laparoskopiya.** Noma‘lum klinik ko‘rinishda va yallig‘langan chuvalchangsimon o‘simtaning retroperitoneal, retrosekal va atipik joylashuviga shubha bo‘lganida, shuningdek, qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoq a‘zolarining boshqa o‘tkir kasalliklari bilan differensial diagnostika qilish maqsadida diagnostik video-laparoskopiya o‘tkazish tavsiya etiladi.

### **Laparoskopiya vaqtida appendektomiyaga ko‘rsatmalarni aniqlash.**

ChO‘ aniqlangach, uning destruktiv yoki destruktiv bo‘lmagan shakllarini farqlashda va shunga mos ravishda ChO‘ ni olib tashlashga ko‘rsatmalarda savollar paydo bo‘lishi mumkin.

**O‘A ni destruktiv shakllarining makroskopik belgilari:** ChO‘ diametrining qalinlashuvi, rigidligining oshishi, o‘simta gipremiyasi yoki to‘q qizil rangda bo‘lishi, fibrin qoplamasi, ChO‘ning teshilishi. Agar faqatgina ChO‘ seroz qismi tomirlarini inyektsiyasi qayd etilsa va destruktiv yallig‘lanishning boshqa belgilari bo‘lmasa, u holda ChO‘ rigidligini aniqlashning asosiy usuli uni asbobning uchki qismi bilan palpatsiya qilish va asbobga osiltirib ko‘rishdir.

Agar ChO‘ asbob qismiga osilmasa “**qalam simptomi +**”, buni flegmonoz appenditsit deb baholash va appendektomiya qilish kerak, agar ChO‘ asbob qismiga erkin osilib tursa “**qalam simptomi –**”, u holda appendektomiya qilmasdan qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoq a‘zolarini, ingichka ichak tutqichi limfa tugunlari taftishini

amalga oshirish kerak. Agar destruktiv appenditsit aniqlansa, diagnostik laparoskopiyadan laparoskopik appendektomiyaga o'tiladi.

### **Diagnostik laparoskopiyaga qarshi ko'rsatmalar:**

- oshqozon-ichak traktining ifodalangan parezi bilan kechuvchi peritonit (kompartiment sindromning mavjudligi – qorin ichi bosimining 12 mm.Hg.ust. dan oshishi bilan);
- karboksiperitoneumga qarshi ko'rsatma bo'lganida.

**3.2. Laparoskopik appendektomiya (LAE)** – bu laparoskopik uskunalar va ko'nikma mavjud bo'lganda birinchi tanlov operatsiyasi hisoblanadi. Hozirgi vaqtda deyarli barcha holatlarda appendektomiya laparoskopik usulda amalga oshiriladi. Agar laparoskopiyaga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa (quyiga qarang) yoki yuqori texnologiyali uskunalar bo'lmasa, operatsiya an'anaviy tarzda amalga oshiriladi. Ushbu turdagi appendektomiya kamroq shikast yetkazsa-da, texnik jihatdan har doim ham qo'llanmaydi. LAE bemorning kasalxonada yotish muddatini [qisqartiradi](#) va ish faoliyatiga qaytishini tezlashtiradi, shuningdek, keraksiz va noaniq o'tkazilgan appendektomiyalar sonini [kamaytiradi](#).

### **Laparoskopik appendektomiya uchun ko'rsatmalar:**

- a. shubhali "o'tkir appenditsit" tashxisida (shu jumladan boshqa o'tkir xirurgik patologiya bilan differensial diagnostika sifatida);
- b. II-IV darajali semirish fonida "o'tkir appenditsit" tashxisi qo'yilganda;
- c. qandli diabet fonida "o'tkir appenditsit" tashxisi qo'yilganda;
- d. bemorning o'simtani minimal invaziv usulda olib tashlash istagi bo'lganda;
- e. o'tkir appenditsitni o'tkir ginekologik patologiyadan farqlash qiyin bo'lgan reproduktiv yoshdagi ayollarda.

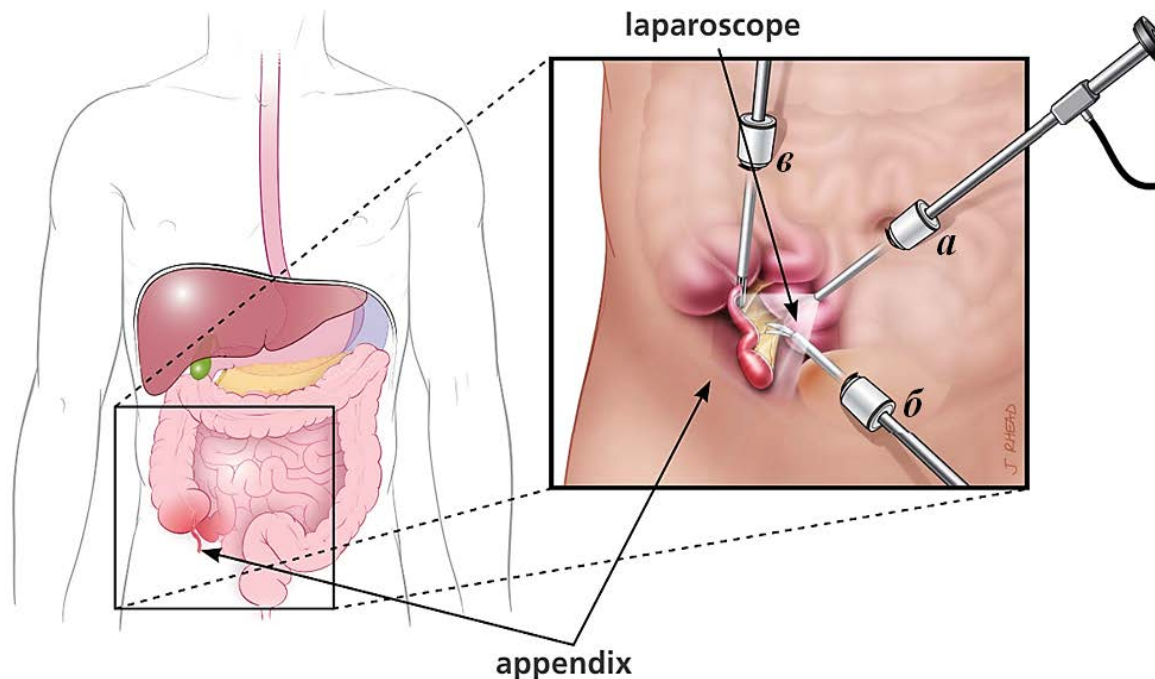
### **Laparoskopik appendektomiyaga qarshi ko'rsatmalar:**

- ifodalangan tiflit aniqlanganda;
- tarqalgan peritonit mavjud bo'lganda;
- pnevmoperitoneumni qo'llash ularning dekompensatsiyasiga olib kelishi mumkin bo'lgan qo'shma kasalliklar mavjud bo'lganda (o'tkir miokard infarkti, o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi, qon aylanishining etishmovchiligi, qorin bo'shlig'ida bitishmali jarayonlar, og'ir hamroh patologiya va boshqalar);
- homiladorlikning kech davrlarida.

Laparoskopik appendektomiyani amalga oshirish texnikasi quyidagicha: bemor orqa tomoni bilan Trendelenburg holatida chap tomonga egilgan operatsiya stolida yotadi (bosh uchi biroz tushirilgan, oyoq tomoni esa ko'tarilgan).

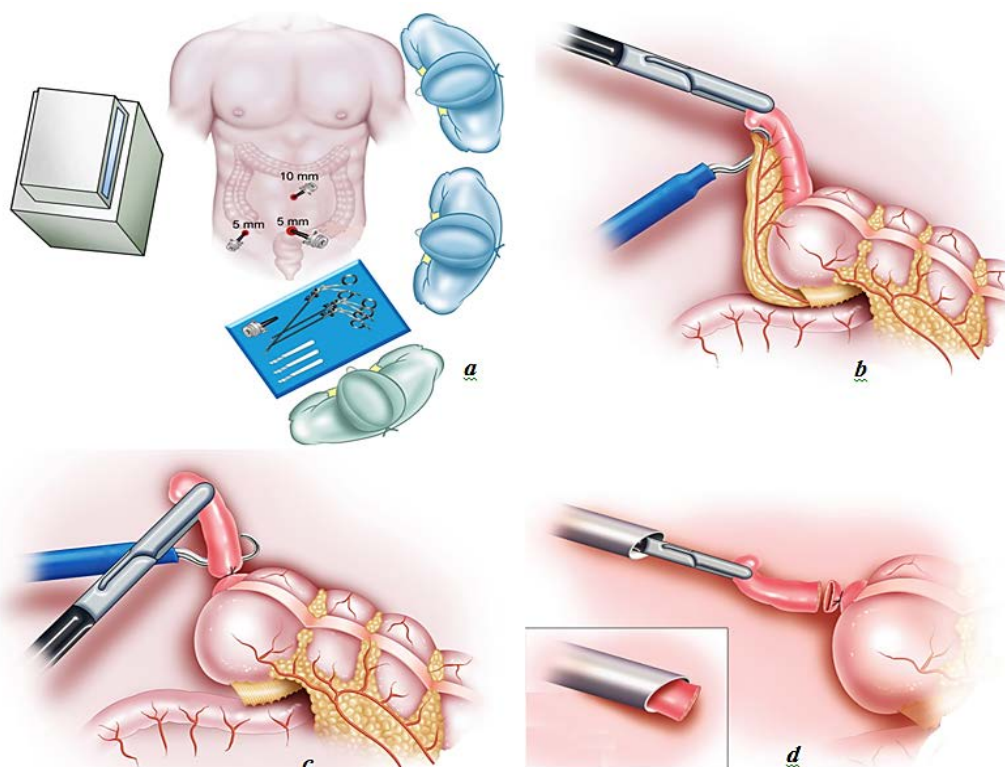
### **LAE [quyidagi bosqichlarni](#) o'z ichiga oladi:**

- pastki umbilikal nuqtadan pnevmoperitoneum hosil qilish;
- qorin bo'shlig'iga troakarlarni kiritish (pastki umbilikal nuqtada 10 mm troakar, chap yonbosh yoki kindik va qov suyagi orasidagi o'rta chiziq bo'ylab 5 mm troakar va o'ng mezogastral yoki yonbosh sohaga 10 (5) mm troakar (**2-rasm**));



**2-rasm. Qorin bo'shlig'iga troakarlarni kiritish: a - pastki umbilikal nuqtada 10 mm troakar; b (b) - chap yonbosh yoki kindik va qov suyagi orasidagi o'rta chiziq bo'ylab 5 mm troakar; c (c) - o'ng mezogastral yoki yonbosh sohaga 10 (5) mm troakar**

- qorin bo'shlig'i a'zolarini taftish qilish;
- chualchangsimon o'simtani tortish (traksiya);
- tutqichni kesish 2 usulda amalga oshiriladi: bipolyar rejimda elektrokoagulyatsiya bilan yoki chualchangsimon o'simtani tutqichni bog'lash, cho'ltoqqa ishlov berish orqali (**3-rasm**). Cho'ltoq uzunligi 5 mm dan oshmasligi lozim.



**3-rasm. LAE sxemasi: a - troakarlarni o'rnatish joylari; b - tutqichini tortish va kesish;**

*c* - o'simtani asosidan bog'lash va kesish; *d* - osimtani qorin bo'shlig'idan chiqarish.

Agar LAEda texnik qiyinchiliklar yuzaga kelsa va operatsiya davomiyligi oshsa, operatsiya natijasi xavfni oshirsa, amaliyotni konversiya qilish masalasini ko'rib chiqish [tavsiya etiladi](#). Bunday hollarda, konversiya muvaffaqiyatsizlik sifatida emas, balki xavfsizlik nuqtai nazaridan amaliyotning oqilona davomi sifatida ko'riladi. Iloji bo'lsa, konversiya qilish to'g'risida qaror mas'ul jarroh yoki bo'lim mudiri (rahbari) tomonidan qabul qilinishi kerak.

**3.3.** Laparoskopik-assistentli [appendektomiya](#). Invaziv appendektomiya hisoblanib, konversiyaga alternativ usuldir. Asoratlarning yuqori xavfi aniqlanganda LAEning istalgan bosqichida uni amalga oshirish mumkin. Laparoskop nazorati ostida kichik kesma orqali ChO' ushlanib, tashqariga chiqariladi. Appendektomiyaning keyingi texnikasi an'anaviy usul bilan bir xil. Qorin bo'shlig'ining sanatsiyasi ham an'anaviy, ham laparoskopik usulda amalga oshirilishi mumkin. Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar: LAEga o'xshash.

**3.4.** Volkovich-Dyakonov kirish joyidan an'anaviy (ochiq) usulda appendektomiya. Operatsiya o'ng yonbosh sohasida qiyshiq kesim orqali amalga oshiriladi. **Operatsiya bosqichlari (4-rasm):**

– Operativ kirish joyi. Teri va teri osti yog' to'qimalarini kesish. Teri kesmasi "McBurney" nuqtasidan qilinadi, bunda kesmaning 1/3 qismi shu nuqta yuqorisidan, 2/3 qismi esa pastidan o'tadi. Kesma uzunligi o'rtacha 8-10 sm bo'lishi kerak;

– Aponevrotik-mushak qatlamini kesish va ajratish. Tashqi qiyshiq mushak aponevrozini kesish, tashqi va ichki qiyshiq mushakni tolalari bo'ylab ajratib, qorin pardagacha ochish;

– Qorin pardani ochish. Qorin bo'shlig'ini ochishdan oldin jarohat atrofi doka bilan izolyatsiya qilinadi. Shundan so'ng qorin parda kesiladi;

– Ko'richakni jarohat yuzasiga olib chiqish. Agar kirish odatiy joydan amalga oshiriladigan bo'lsa, aksariyat hollarda bu sohada ko'richak gumbazi joylashgan bo'ladi. Gumbazni aniqlash va o'simtani olib tashlashda qiyinchiliklar yuzaga kelganda, kesma yuqoriga yoki pastga kengaytirilishi mumkin. Ko'pincha, ko'richak gumbazi ketidan chualchangsimon o'simta jarohatga chiqib keladi;

– Agar bunday bo'lmasa, ko'richak bo'ylab yo'naladigan va chualchangsimon o'simta chiqish joyiga yaqinlashgan mushak chiziqlariga qarab mo'ljal olish zarur. Shubhali holatlarda yoki o'tkir appenditsitning kataral shaklida Mekkel divertikuli mavjudligini tekshirish uchun Baugin qopqog'idan 80 sm - 1,0 m masofada yonbosh ichakning terminal qismi albatta qaytadan ko'rib chiqilishi lozim;

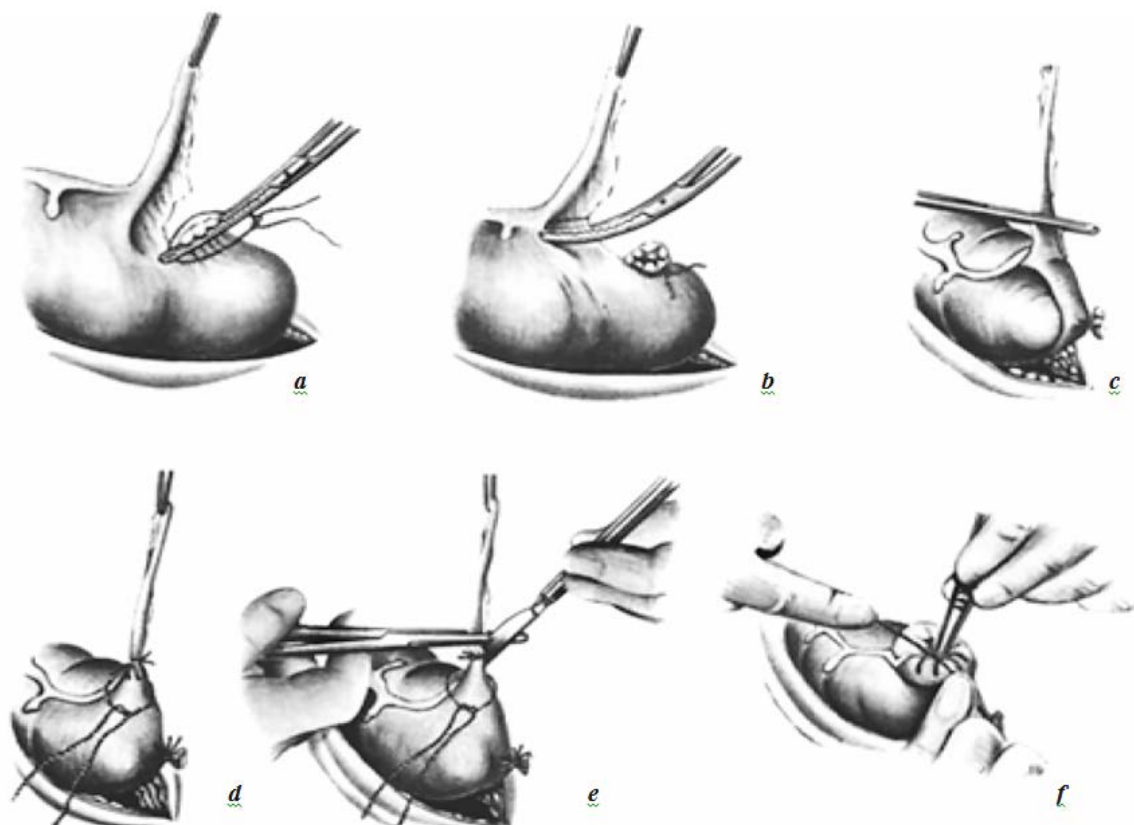
– Chuvalchangsimon o'simta tutqichini bog'lash va kesish, chualchangsimon o'simta asosini bog'lash. O'simta uchki qismidan asosi tomon tutqichga qisqich qo'yiladi. Chuvalchangsimon o'simta asosidagi tutqich kapron ip bilan bog'lanib, kesiladi. Keyin o'simta asosidan ketgut bilan bog'lanadi (4-rasm, a, b);

– Kisetli chokni qo'yish. Kisetli seroz-mushak chok o'simta asosidan taxminan 1,5 sm masofada qo'yiladi;

– O'simtani kesish va cho'ltoqni cho'ktirish, appendektomiya (4-rasm. v, g, e);

– Kisetli chok yuzasiga Z-shaklidagi seroz-mushak choki qo'yiladi;

- O'ng yonbosh chuqurligi, o'ng yon kanal va kichik chanoq bo'shlig'ini qayta taftish qilish, ajralma (suyuqlik) mavjud bo'lganda naychalash (drenajlash);
- Operatsion jarrohatni qavatma-qavat tikish.



*4-rasm. a, b – qon tomirlarni bog‘lash va o‘simta tutqichini kesish;  
c, d, e, f – o‘simtani ligaturali-invaginatsiya yo‘li bilan olib tashlash texnikasi.*

**3.5. Retrograd appendektomiya** o‘simtani jarohat yuzasiga olib chiqishda qiyinchiliklar yuzaga kelganda, masalan, qorin bo‘shlig‘ida bitishmali jarayon bo‘lsa, o‘simtaning retrotsekal, retroperitoneal joylashuvida amalga oshiriladi. **Retrograd appendektomiyani bajarish quyidagi bosqichlardan iborat:**

- Operativ kirish joyi (antegrad appendektomiyaga o‘xshash);
- Ko‘richakni jarohat yuzasiga olib chiqish;
- Tutqichdagi teshik orqali o‘simta asosini ketgut bilan bog‘lash;
- O‘simtani qisqich ostidan kesish, o‘simta cho‘ltog‘ini ko‘richak gumbaziga cho‘ktirish, yuqorida aytib o‘tilganidek, kisetli va Z-shaklidagi seroz-mushak choklarini qo‘yish;
- Chualchangsimon o‘simta tutqichini bosqichma-bosqich bog‘lash.

Appendektomiya bajarilgach, qorin bo‘shlig‘i tupfer yoki elektr so‘rg‘ich yordamida quritiladi. Ko‘pgina hollarda, operatsiyadan keyingi jarohat drenaj qoldirmasdan qavatma-qavat mahkam qilib tikiladi. **Qorin bo‘shlig‘ini drenajlash quyidagi hollarda amalga oshiriladi:**

- peritonit bo‘lsa;
- chualchangsimon o‘simta to‘liq olib tashlanganligiga ishonch bo‘lmasa;
- gemostazga ishonchsizlikda;
- periapendikulyar absess mavjudligida;

- yallig‘lanish retroperitoneal kletchatkaga tarqalganda;
- o‘simta cho‘ltog‘ini ishonchli cho‘ktirilganligiga amin bo‘linmasa.

Qorin bo‘shlig‘ini drenajlash uchida bir nechta teshiklari bo‘lgan drenaj (naycha) yordamida alohida kesma orqali amalga oshiriladi. Peritonit holati bo‘lsa ikkita drenaj o‘rnatiladi: biri olib tashlangan o‘simta va kichik chanoq bo‘shlig‘iga, ikkinchisi o‘ng yon kanalga. Boshqa hollarda olib tashlangan o‘simta va kichik chanoq bo‘shlig‘iga bitta drenaj o‘rnatiladi (*tavsiya darajasi B, dalil darajasi 2*).

**3.6.** O‘rta laparotomiya, appendektomiya.

**3.7.** Periapendikulyar absessda perkutan (teri orqali) aralashuv (punksiya va/yoki drenajlash).

**3.8.** Periapendikulyar absessni ochish va drenajlash.

**3.9.** Retroperitoneal flegmonani ochish va boshqalar.

### **Intraoperatsion aniqlanadigan, appendektomiyaga qarshi ko‘rsatmalar:**

- intraoperatsion ravishda aniqlangan, zich ajralmas infiltrat.

### **Operatsiya paytida yuzaga keladigan klinik holatlarda quyidagi taktikalar qo‘llaniladi:**

- Appendikulyar infiltratda taktika: intraoperativ ravishda aniqlangan yumshoq appendikulyar infiltratda infiltrat o‘tmas yo‘llar bilan ajratiladi, appendektomiya qilinadi va o‘ng yonbosh sohasi drenajlanadi, zich infiltrat aniqlansa uni ajratishdan saqlanish lozim;
  - Appendikulyar absessni qo‘shimcha kesma orqali ekstraperitoneal ravishda ochish va drenajlash afzalroq;
  - Asoratlari yoki mahalliy peritonit bo‘lmasa – o‘ngdan Dyakonov-Volkovich bo‘yicha kirish;
  - Atipik joylashgan holatlarda: chapdan Lenander, Kyummel bo‘yicha kirish, laparoskopik appendektomiya;
  - Diffuz yoki tarqalgan peritonit bilan asoratlangan o‘tkir appenditsitda – pastki o‘rta laparotomiya;
  - Peritonitsiz o‘tkir appenditsit (shuningdek, ortiqcha vaznga ega bo‘lgan bemorda) laparoskopik appendektomiya;
  - Shubhali holatlarda (o‘tkir appenditsit bor/yo‘qligi), shuningdek qorin bo‘shlig‘i va kichik chanoq bo‘shlig‘i a‘zolarining boshqa o‘tkir kasalliklari bilan differentsial diagnostika maqsadida diagnostik laparoskopiya ko‘rsatma hisoblanadi (tibbiy muassasada endovideoxirurgik kompleks mavjud bo‘lganda). Laparoskopiya paytida butun o‘simtani ko‘rish imkoniyati bo‘lmasa, appenditsitga shubha bo‘lgani uchun o‘ngdan Dyakonov-Volkovich bo‘yicha yoki pastki o‘rta laparotomiya ko‘rsatma hisoblanadi;
  - Endovideoxirurgik kompleks bo‘lmagan taqdirda, agar o‘tkir appenditsitni inkor etish mumkin bo‘lmasa, masala shoshilinch operatsiya qilish foydasiga hal qilinadi;

▪ Alvorado shkalasi bo'yicha o'rtacha xavf darajasi bilan (5-8 ball), agar o'tkir appenditsitni aniq inkor qilish yoki tasdiqlash imkoni bo'lmasa (qorin parda ta'sirlanish belgilari bo'lmasa!), bemorni xirurgik bo'limida 12/24 soat davomida dinamik kuzatishga ruxsat beriladi. Bunday hollarda empirik antibakteril davolash tavsiya etiladi;

▪ Agar bemor operatsiyadan bosh tortsa, xirurgiya bo'limida antibakterial va simptomatik davo kursi buyuriladi, agarda shifoxonaga yotishni rad etsa bemor rad etishning oqibatlari to'g'risida ogohlantiriladi, rad etish sababi rasman hujjatlashtiriladi va yashash joyidagi oilaviy poklinikaga yoki tuman (shahar) tibbiyot birlashmasiga xabar qilinadi va bemor xirurg nazorati ostida bo'lishi tavsiyasi bilan ushbu muassasaga yuboriladi (*tavsiya darajasi B, dalil darajasi 2*).

### Homiladorlardagi O'Ada xirurgik taktika xususiyatlari

- Operatsiyadan oldingi va keyingi davrlarda homilador ayol xirurg va akusher-ginekologning dinamik kuzatuv ostida bo'ladi, antibakterial davo bo'yicha kelishilgan qaror qabul qilinadi, keyingi chora sifatida ko'rsatmalarga muvofiq bachadon tonusini pasaytiradigan dorilar va boshqa mutaxassislarning maslahatlari buyuriladi;

- Tug'ruq paytida kataral va flegmonoz appenditsitning klinik ko'rinishi bo'lsa, erta tug'ruq choralari ko'rib, keyin esa appendektomiya tavsiya etiladi;

- Tug'ruq paytida gangrenoz va teshilgan appenditsitning klinik ko'rinishi bo'lsa tug'uruq jarayonini bostirish (kechiktirish), shoshilinch appendektomiya va keyin esa yana tug'uruqni rag'batlantirish tavsiya etiladi;

- Operatsiya yo'li bilan tug'uruq rejalashtirilgan ayollarda O'Aning klinik belgilari bo'lsa kesarcha kesish amaliyoti va appendektomiyani bir vaqtning o'zida bajarish tavsiya etiladi;

- Laparoskopiyani homiladorlarda appendektomiya uchun ilk tanlov sifatida [qaralmaslik kerak](#). LAE homiladorlikning I va II trimestrida asoratlanmagan va asoratlangan O'A uchun [tanlash usuli sifatida](#) tavsiya etiladi.

- Katta yoshdagi ayollarda O'Ani konservativ davolash yirik klinik markazlarda etika qo'mitasi tomonidan tasdiqlangan tadqiqotlar asosida [olib borilishi mumkin](#) (*tavsiya darajasi B, dalil darajasi 3*).

### 4. Dori-darmonlar bilan davolash

**Asosiy dori vositalar ro'yxati** (qo'llanish ehtimoli 100%, 13-jad.):

13-jadval

№	Farmakoterapevtik guruh	Dori moddaning XPN	Qo'llash usuli	Dalil darajasi va manba
1	Narkotik analgetiklar, og'riq qoldirish va operatsiyadan keying davr uchun	Morfin gidroksloridi, 1%-1 ml	m/o	<a href="#">B</a>
2	Narkotik analgetiklar, og'riq qoldirish va operatsiyadan keying davr uchun	Trimeperidin, inyeksiya uchun eritma, 2% - 1 ml	m/o	<a href="#">C</a>
3	Aralash ta'sirga ega analgetiklar - operatsiyadan keying davr uchun	Tramadol, 100 mg – 2 ml	m/o	<a href="#">B</a>

4	Nonarkotik analgetiklar	Ketoprofen, kapsula 50 mg, 100 mg/ml-2 ml, 50 mg/ml-2 ml, inyeksiya uchun eritma	m/o, v/i	<u>B</u>
5	Nonarkotik analgetiklar	Ketorolak, 10-30 mg	m/o, v/i	<u>B</u>
6	Nonarkotik analgetiklar	Ibuprofen 400 mg, 800 mg - 100 yoki 200 ml fiz.eritmada, ichga qabul qilish uchun 100 mg/5 ml suspenziya	v/i, ichga	<u>B</u>
7	Sefalosporinlar 2-avlod	Sefuroksim, 750 mg, eritma tayyorlash uchun kukun, har 8 soatda yuborish uchun	m/o, v/i	<u>A</u>
8	Sefalosporinlar 3-avlod	Seftazidim, 1 g, eritma tayyorlash uchun kukun, har 8-12 soatda yuborish uchun, 2 g har 12 soatda yuborishga	m/o, v/i	<u>B</u>
9	Sefalosporinlar 3-avlod	Seftriakson, 1 g, eritma tayyorlash uchun kukun, har 12 soatda yuborish uchun	m/o, v/i	<u>B</u>
10	Sefalosporinlar 3-avlod	Sefotaksim, 1 g, eritma tayyorlash uchun kukun	m/o, v/i	<u>B</u>
11	Sefalosporinlar 3-avlod	Sefoperazon, 2-4 g, eritma tayyorlash uchun kukun, har 12 soatda yuborish uchun	m/o, v/i	<u>B</u>
12	Sefalosporinlar 4-avlod	Sefepim 2 g, eritma tayyorlash uchun kukun	m/o, v/i	<u>B</u>
13	Aminoglikozidlar	Gentamitsin 0,4 mg/kg	m/o, v/i	<u>C</u>
14	Aminoglikozidlar	Amikasin 10-15 mg/kg	m/o, v/i	<u>B</u>
15	Ftorxinolonlar	Siprofloksatsin, tab., 250-500 mg, infuzion eritma 0,2%-100 ml	per/os, v/i	<u>B</u>
16	Ftorxinolonlar	Levofloksatsin, tab., 250-750 mg, infuzion eritma 0,5%-100 ml	per/os, v/i	<u>A</u>
17	Nitroimidazol unumlari	Metronidazol 500 mg/100 ml	v/i	<u>B</u>
18	Zamburug'larga qarshi azollar guruhi	Flukonazol 2 mg/ml	v/i, 60 daqiqa davomida, sekin	<u>B</u>
19	Antixolinesteraza, ichaklar atoniyasini oldini olish va davolash uchun	Neostigmin metilsulfat 10-15 mg	m/o, v/i	<u>C</u>
20	Prokinetiklar, qusishga qarshi vositasi	Metoklopramide 5-10 mg/2-4 ml	m/o, v/i	<u>B</u>
21	Antiseptiklar, teri va drenaj	Povidon yod, 10%	tashqi	<u>A</u>

	tizimini zararsizlantirish uchun	eritmasi	qo'llash uchun	
22	Antiseptiklar	Xlorgeksidin, 0,05% suvli eritmasi	tashqi qo'llash uchun	<u>B</u>
23	Antiseptiklar	Etanol 70% eritmasi	tashqi qo'llash uchun	<u>A</u>
24	Antiseptiklar	Vodorod peroksidi, 3% eritmasi	tashqi qo'llash uchun	<u>C</u>
25	Infuziya uchun eritmalar, suv-elektrolitlar va kislota-asos balansini nazorat qilish uchun	Natriy xlorid 0,9% li eritmasi, 200-400 ml, dekstroza, infuzion eritma, 5%, 10%, 200-400 ml	v/i, tomchilab	<u>B</u>

**Qo'shimcha dori vositalari ro'yxati** (qo'llanilish ehtimoli 100% dan kam, 14-jad.):

14-jadval

№	Farmakoterapevtik guruh	Dori moddaning XPN	Qo'llash usuli	Dalil darajasi va manba
1	Antisekretor preparatlar - proton pompa nasosi ingibitorlari	Omeprazol, tabletka yoki kapsulalar, 40-80 mg/sut	ichga, per/os	<u>B</u>
2	Antisekretor preparatlar - gistamin retseptorlari blokatorlari	Famotidin, tabletka, 20-40 mg	ichga, per/os	<u>C</u>
3	Gemostatik vositalar	Etamzilol Na, inyeksiya uchun eritma, 12,5%-2 ml	m/o, v/i, operatsiyadan bir soat oldin 250-500 mg	<u>C</u>
4	Antikoagulyant to'g'ridan-to'g'ri ta'sirga ega (tromboz profilaktikasi uchun)	Geparin 2500-5000-10000 TB/ml	v/i, t/o	<u>B</u>
5	Siydik haydovchi vositalar	Furosemid, 20-40 mg, inyeksiya uchun eritma, 1%-2 ml	m/o, v/i	<u>B</u>
6	Miotrop ta'sirga ega spazmolitiklar	Aminofillin, 0,12-0,24 g, 5-10 ml, 2,4% li eritmasi	v/i, asta-sekin	<u>C</u>
7	$\alpha$ - va $\beta$ - adrenomimetiklar	Epinefrin, inyeksiya uchun eritma, 0,18%-1 ml	v/i, m/o, t/o, asta-sekin, 0,5 ml ni 20 ml 40% li glyukoza eritmasida	<u>A</u>
8	Qon tarkibiy qismlari	Leykofiltrlangan eritrositar massa, ko'rsatmaga ko'ra	v/i, tomchilab, sinamalardan so'ng	<u>B</u>
9	Qon tarkibiy qismlari	Yangi muzlatilgan	v/i,	<u>B</u>

		plazma, ko'rsatmaga muvofiq	tomchilab, sinamalardan so'ng	
--	--	-----------------------------	-------------------------------	--

## 5. O'tkir appenditsit va appendektomiyaning mumkin bo'lgan asoratlari

**5.1. Appendikulyar infiltrat.** Appendikulyar infiltratning shakllanishi organizmning himoya reaksiyasi natijasida – katta charvi, ingichka ichak, qorin parda yordamida destruktiv jarayonni erkin qorin bo'shlig'idan ajratib qo'yilishidir.

### Appendikulyar infiltratda taktika:

**Yumshoq infiltrat** – agar appendikulyar infiltrat kasallik boshlangandan erta muddatda, 2-3 kungacha tasodifan aniqlansa, chuvalchangsimon o'simta bo'ylab infiltrat yumshoq bitishmalarini ajratish, appendektomiya qilish va antibiotiklarni yuborib turish uchun qorin bo'shlig'ini nippel trubkasi bilan drenajlash mumkin.

**Zich infiltrat** – infiltratni ajratishdan saqlanish kerak. Ichak devoriga shikast yetkazmaslik va qon ketishini oldini olish uchun operatsiya vaqtida aniqlangan zich infiltratni o'tkir yo'llar bilan ajratish [tavsiya etilmaydi](#). Keng tarqalgan peritonit belgilari bo'lmasa – konservativ davolash (2 xil guruhdagi keng ta'sir spektriga ega antibiotiklar).

**Tarqalgan peritonit bilan birga kelsa** – jarayonni qorin bo'shlig'idan tamponlar bilan cheklash va eksudatni aniq yoki taxminiy oqib chiqishi uchun sohani tashqi drenajlash.

Konservativ davolashda antibakterial, yallig'lanishga qarshi terapiya qo'llaniladi. Shu bilan birga, yallig'lanish jarayoni klinik, laborator va UTT dinamikasi qayd etib boriladi – agar bemorda leykotsitoz kuzatilmasa, isitma bo'lmasa, infiltrat asta-sekin to to'liq so'rilguncha kichrayib boradi, operativ davolash faqat bir necha oydan keyin qo'llaniladi – bemorlarga rejali appendektomiya amalga oshiriladi.

**5.2. Appendikulyar absess.** Agar davolanish jarayonida bemorda o'ng yonbosh sohasida og'riq, gektik isitma, qayta leykotsitoz paydo bo'lsa va UTTda infiltrat markazida gipoexogen suyuqlikli hosila aniqlansa – bemorda appendikulyar absess rivojlangan bo'ladi. Bunday holda xirurgik aralashuvga ko'rsatma hisoblanadi – Pirogov bo'yicha qorin bo'shlig'idan tashqari kirish orqali (yonbosh suyakdan chov boylami tomon) absessni ochish, so'ngra absess bo'shlig'ini drenajlash yoki tamponlash amalga oshiriladi.

Agar absess yonbosh suyak qanoti bilan bog'lanmagan bo'lsa, unda bemorda periappendikulyar absess ko'rinishi mavjud bo'lib, o'rta-pastki laparotomiya, absessni ochish, appendektomiya, sanatsiya, drenajlash va absess bo'shlig'ini tamponlash operatsiyasiga ko'rsatma hisoblanadi. Antibakterial terapiya 5-7 kun, birinchi sutkalarda keng ta'sir spektrli preparatlar – 3 va 4-avlod sefalosporinlar guruhi tavsiya etiladi, keyin esa u bakteriologik ekma natijasiga ko'ra (antibiotiklarga sezgirligi bo'yicha) davom ettiriladi.

**5.3. Qorin bo'shlig'i absesslari.** Chanoq bo'shlig'i absessi (Duglas bo'shlig'i absessi) chugalchangsimon o'simta kichik chanoq bo'shlig'ida joylashganda ham, appendektomiyadagi xatolardan so'ng ham paydo bo'lishi mumkin.

Chanoq absessi paydo bo'lganda bemorlar qorinning pastki qismidagi, oraliqdagi og'riqdan, dizurik holatlardan shikoyat qiladilar. Tana harorati ko'tariladi, leykotsitlar formulasining chapga siljishi bilan leykotsitoz oshib boradi. Rektal tekshiruvda to'g'ri ichak old devorida og'riq va fluktuatsiya aniqlanadi. UTT tekshiruvi ham muhim rol o'ynaydi. Chanoq absessi operativ yo'l bilan erkaklarda to'g'ri ichak old devoir orqali, ayollarda esa qinning orqa gumbazi orqali ochiladi. Operatsiya narkoz ostida amalga oshiriladi va absess bo'shlig'ini drenajlash bilan yakunlanadi.

**5.4. Diafragma osti absessi** – chuqur nafas olishda kuchayadigan ko'krak qafasidagi og'riq, yo'tal, pastki qovurg'alar palpatsiyasida og'riq, qovurg'alararo oraliqni bo'rtishi (ko'tarilishi), jigar to'mtoqligini kengayishi xosdir. Rentgenografiya paytida diafragma gumbazining yuqori turishi qayd etiladi, plevra bo'shlig'ida suyuqlik bo'lishi ham mumkin. Qorin bo'shlig'ining UTT va MSKTda diafragma ostida suyuqlik to'planishi, plevral suyuqlik (ajralma) aniqlanadi. Diafragma osti absessi transplevral yoki ekstraplevral kirish yo'li bilan ochiladi. Hozirgi vaqtda UTT yoki MSKT nazorati ostida absesslarni teri orqali drenajlash ham qo'llaniladi.

Qorin bo'shlig'idan yallig'lanish eksudati va absesslarning tarkibi mikroflora identifikatsiyasi hamda uning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash maqsadida bakteriologik tekshiruvga yuborilishi kerak.

**5.5. Tarqalgan peritonit** – bu o'tkir appenditsitning o'ta jiddiy asorati bo'lib, ko'pincha o'linga olib keladi. Klinik ko'rinishi appenditsitning klinik belgilarini, dastlab o'ng tomonda, so'ngra butun qorin bo'ylab mushaklar tarangligi va qorin parda ta'sirlanish simptomlari, qusish, isitma, taxikardiyani o'z ichiga oladi. Qorin bo'shlig'I UTTda erkin suyuqlik, ingichka ichak parezi belgilari aniqlanadi.

Appendektomiyani (peritonit manbasini yo'qotishni), qorin bo'shlig'ini yetarli darajada sanatsiya va drenajlashni amalga oshirishga imkon beradigan o'rta kesim orqali kirish – davolashning o'ziga xos xususiyatidan biridir. Operatsiyadan keyingi davolanish boshqa etiologiyali peritonitlarnikiga o'xshaydi, massiv antibakterial, infuzion korreksiyalovchi terapiya va boshqalarni o'z ichiga oladi.

**5.6. Pileflebit yoki darvoza venasining septik tromboflebiti** – o'tkir appenditsitning juda kam uchraydigan, ammo eng xavfli asoratidir. Ma'lumotlarga ko'ra, pileflebitda o'lim darajasi 80-100% ga yetadi. Pileflebit appenditsitning gangrenoz yoki flegmonoz shakllarida rivojlanadi, bunda chugalchangsimon o'simta tutqich vena tomirlarida tromboflebit paydo bo'lib, u portal vena va uning shoxlariga tez tarqaladi. Bemorlar bir nechta jigar ichi absesslari tufayli yuzaga kelgan o'tkir jigar-buyrak yetishmovchiligidan yo'qotiladi. Pileflebitni davolash "**vv.ileocolicae**" ni erta bog'lash yoki ileosekal burchak rezeksiyasi va massiv antibakterial terapiyani o'z ichiga oladi (*tavsiya darajasi B, dalil darajasi 2*).

**5.7. Qon ketish.**

## 5.8. Jarohat infeksiyalanishi.

## 5.9. O‘tkir ichak tutilishi va boshqalar.

## 6. Antibiotik profilaktika, antibiotik terapiyasi

WSES, World Journal of Emergency Surgery 2016 [tavsiyalariga ko‘ra](#), appenditsitda asosiy patogenlar [enterobakteriyalar, streptokokklar va anaeroblardir](#) (ayniqsa B. fragilis);

– o‘tkir appenditsit bilan og‘rigan bemorlarda har doim operatsiyadan oldingi keng ta’sir spektrli antibiotiklar profilaktikasi tavsiya etiladi: operatsiyadan 30 daqiqa oldin 1 marta keng ta’sir spektrli antibiotiklarni tomir ichiga yuborish;

– asoratlanmagan o‘tkir appenditsit bilan og‘rigan bemorlarga operatsiyadan keyingi davrda antibiotiklardan foydalanish tavsiya etilmaydi;

– asoratlangan o‘tkir appenditsit bilan og‘rigan bemorlarga esa operatsiyadan keyin har doim keng ta’sir spektrli antibiotik terapiya tavsiya etiladi;

– katta yoshdagi bemorlar uchun 3-5 kunlik antibiotik terapiya kursi tavsiya etiladi.

### Operatsiyadan keyingi davolash:

1. Peritonit, abdominal sepsis klinikasi mavjud bo‘lsa – peritonitni tashxislash va davolashda protokoliga muvofiq intensiv va kombinatsiyalashgan [antibakterial davo olib boriladi](#).

2. Empirik antibakterial mono- yoki kombinatsiyalashgan davo boshlang‘ich davolash sxemasi bo‘yicha, taxmin qilingan florani hisobga olgan holda – ko‘rsatmaga asosan [olib boriladi](#):

– III avlod sefalosporinlar, ftorxinolonlar, aminoglikozidlar monoterapiyada yoki imidazollar (metronidazol) bilan birgalikda, bir martalik o‘rtacha va sutkalik dozada;

– klinik ko‘rinish va antibiotikogramma bo‘yicha 48-72 soatdan keyin empirik antibiotik terapiyasining samaradorligini baholash. Tadqiqot ma‘lumotlariga ko‘ra, infuzion antibiotik [terapiyasi kursi](#) 48 soat, umumiy kurs esa 7-10 kun bo‘lishi kerak;

– “talabga ko‘ra” rejimida etarli darajada og‘riqsizlantirish (giyohvand, opioid giyohvandlar va giyohvand bo‘lmagan analgetiklar);

– **ko‘rsatmalarga muvofiq:**

- ichak trakti parezining oldini olish;
- dezintoksikatsion terapiya;
- koagulopatiyani korrektsiyalash;
- o‘pka asoratlarini oldini olish;
- zamburug‘larga qarshi terapiya;
- o‘tkir yaralarni oldini olish.

### Shifoxonada keyingi choralar:

1. Operatsiyadan keyingi davrdagi maqsadga muvofiq terapiya;

2. Har kuni ahvol og‘irligini baholash;

3. Kunlik bog'lov, jarohat infeksiyasini oldini olish;
4. Periapendikulyar absess, retroperitoneal flegmona, abdominal sepsisda: manbani nazorat qilish;
5. Drenaj nazorati (drenajning ishlashi, drenaj holati va hajmi), ekssudat yo'q bo'lsa drenajni olib tashlash, ajralma hajmi 50,0 ml dan ortiq bo'lsa, qorin bo'shlig'i absessi paydo bo'lishining oldini olish uchun drenajni olib tashlash tavsiya etilmaydi;
6. Agar nazogastral (nazointestinal) zond mavjud bo'lsa, zond parvarishi;
7. UTT, qorin bo'shlig'i rentgenografiyasi (ko'rsatmaga muvofiq);
8. Dinamikada qayta laborator tekshiruvlar (UQT, koagulogramma, QBT, laktat darajasi, D-dimerlar, prokalsitonin – ko'rsatmaga muvofiq);
9. Muassasadan javob berish masalasi individual ravishda hal etiladi (*tavsiya darajasi B, dalil darajasi 3*).

**Intensiv terapiya va reanimatsiya bo'limiga o'tkazish uchun ko'rsatmalar:**

- bemordagi beqaror gemodinamika;
- tarqalgan peritonit, abdominal sepsis, septik shok, poliorgan yetishmovchilik;
- asosiy yoki qo'shimcha kasallik bilan bog'liq holda intensiv terapiya va monitoring talab etadigan ahvol yomonlashuvi;
- raqobatdosh kasalliklar mavjud bo'lganda intensiv terapiyani talab qiladigan holatlar.

**O‘TKIR APPENDITSITDA KEYINGI DAVO CHORALARI,  
PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA BO‘YICHA  
MILLIY KLINIK PROTOKOL**

	KXT-10	KXT-11
<b>Kod</b>	<b>K35-K38. O‘tkir appenditsit</b>	<b>DB10.0-DB10.Z. O‘tkir appenditsit</b>
<b>Havola</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10172">https://mkb-10.com/index.php?pid=10172</a>	<a href="https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#40398753">https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#40398753</a>

## TOSHKENT - 2025

### ASOSIY QISM

**1. Kirish.** Laparoskopik appendektomiyadan keyin reabilitatsiya davri odatda tez va asoratlarsiz o‘tadi. Appendektomiyadan keyin reabilitatsiya davomiyligi bemorning umumiy ahvoriga, yaraning holatiga, drenajdan oqindi (ajralma) mavjudli yoki yo‘qligiga, shuningdek bemorning jarroh tavsiyalari va dietaga rioya etishiga bog‘liq.

### 2. Poliklinikadagi keyingi chora-tadbirlar.

2.1. Javob berilganidan so‘ng poliklinikada kuzatuv (ambulator davolanish muddati va mehnatga layoqatlilik masalasi alohida hal qilinadi);

2.2. Poliklinikada jarohat infeksiyasi profilaktikasi: yarani o‘z vaqtida ko‘zdan kechirish va bog‘lash;

2.3. Choklarni olib tashlash masalasi individual ravishda hal etiladi;

2.4. Ruxsat etilgan appendikulyar infiltrat bilan javob berilganida dinamik UUT – ko‘rsatmaga muvofiq;

2.5. Jismoniy zo‘riqlashlarni cheklash – shifoxonadan chiqarilgan kundan boshlab 3-4 hafta davomida;

2.6. Appendikulyar infiltrat so‘rilgach 6-8 haftadan so‘ng appenditsitning takroriy simptomlari bo‘lgan bemorlarga intervalli appendektomiya o‘tkaziladi, tanlov operatsiyasi – laparoskopik appendektomiya (*tavsiya darajasi B, dalil darajasi 4*).

**WSES, World Journal of Emergency Surgery tavsiyalari (2016) bo‘yicha, appendikulyar infiltratda [tavsiyalar](#):**

1. Ruxsat etilgan appendikulyar infiltrat bilan og‘rigan bemorlarga ma‘lum intervalgacha appendektomiya qilish tavsiya etilmaydi;

2. Appendikulyar infiltrat va appenditsitning takroriy belgilari bilan og‘rigan bemorlarga appendikulyar infiltrat hal qilinganidan keyin 6-8 hafta o‘tgach, intervalli appendektomiya qilish tavsiya etiladi;

3. Agar appendikulyar infiltrat hal qilgandan keyin 6-8 hafta o‘tgach, intervalli appendektomiya o‘tkazilmasa, [onkologik ogohlik maqsadida](#) xirurg va onkolog ko‘rigi tavsiya etiladi, kolonoskopiya amalga oshiriladi.

## **Protokolda tavsiflangan davolash samaradorligi va diagnostik usullarining xavfsizlik ko'rsatkichlari:**

- konservativ davolashda O'A klinikasining yo'qligi (appendikulyar infiltrat, asoratlanmagan appenditsitda xirurgik davolashdan bosh tortish holatlarida);
- qorindagi og'riqlarni, endogen intoksikatsiya hodisalarini, isitmani, qon ketishini, leykotsitozni, shuningdek yiringli asoratlarni to'xtashi (yo'qligi);
- o'tkir appenditsit asoratlarni bartaraf etilganligi;
- operatsiya jarohatini bitishi.

Odatda appendektomiyadan keyin reabilitatsiya muddati taxminan 10-14 kuni tashkil etadi. Bu vaqt davomida bemorlarning aksariyati o'zlarining mehnatga layoqatligini to'liq tiklaydilar.

Laparoskopik appendektomiyadan 2-3 kun o'tib, bemor shifoxonadan chiqariladi va an'anaviy appendektomiyaga qaraganda ancha oldin normal hayotga qaytishi mumkin bo'ladi. Sog'likni tiklash va barcha tana tizimlarini to'liq faoliyat ko'rsatishi uchun birinchi navbatda jarrohning tavsiyalariga, uyqu va dam olish tartibiga, shuningdek, parhezga rioya qilishi kerak. Ovqat ratsioni ichak motorikasini rag'batlantiradigan mahsulotlardan iborat bo'lishi kerak: bul'onlar, qaynatmalar, nordon sut, donli non va boshqalar. Iste'mol qilish mumkin bo'lmagan [mahsulotlar](#): qattiq, achchiq, yog'li va xamirga boy ovqatlar, oq non va spirtli ichimliklar (*tavsiya darajasi C, dalil darajasi 5*).

Jarrohlik yo'li bilan davolanish tugaganidan keyin 3 hafta davomida jismoniy faoliyatni cheklash [tavsiya etiladi](#) (*tavsiya darajasi C, dalil darajasi 5*).

**3. Profilaktika.** ChO' yallig'lanishidan to'liq himoyalaniş mumkin emas, lekin uni xavfini kamaytirish mumkin. Buning uchun faol hayot tarzini olib borish, kuniga kamida 400-500 gramm sabzavot va mevalarni iste'mol qilish kerak. Shuningdek, uzoq davom etadigan ich qotishi (qabziyat)ning oldini olish, oshqozon-ichak yo'llari kasalliklarini o'z vaqtida davolash va parazitlardan xalos bo'lish ham muhim hisoblanadi.

Operatsiyasiz davolangan appendikulyar infiltrat va/yoki xo'ppoz [bartaraf etilgandan so'ng](#), natijalarni jarroh tomonidan baholash orqali olti oydan kechiktirmay kamida bir marta [onkologik ogohlik maqsadida](#) kolonoskopiya va vena ichiga kontrast yuborib qorin bo'shlig'ining kompyuter tomografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi (*tavsiya darajasi B, dalil darajasi 4*).

40 yoshdan oshgan asoratlangan appenditsit bilan og'riğan bemorlarda appendiks o'smalari bilan kasallanish darajasi [ancho yuqori](#) – 3% dan 17% gacha. Intervalli appendektomiya faqat [O'A takrorlanganda](#) yoki bemorda hayot sifatining pasayishini ko'rsatadigan shikoyatlar bo'lsagina [tavsiya etiladi](#). Muvaffaqiyatli konservativ davodan so'ng O'Aning takrorlanish chastotasi 12% dan 24% gacha [o'zgarib turadi](#). Intervalli appendektomiya laparoskopik usulda ham amalga oshirilishi mumkin.

## **PROTOKOLNING TASHKILY JIHATLARI**

Mualliflar manfaatlar to'qnashuvi yo'qligini ma'lum qiladilar.

**Ekspertlar ma'lumotlari** (respublika va xorijiy mamlakatlar mutaxassislari).

Protokol ishlab chiqilganidan so'ng har 5 yilda bir marta qayta ko'rib chiqish tavsiya etiladi.

## FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Ilves 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](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/printsiipy-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: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., Kiriyyenko A.I. Ostriy appenditsit. Moskva. ООО «Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo». 2019. 208 s. In Russian] [https://medkniga.ru/files/book\\_fragments\\_files/36357int.pdf](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 MD.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 appendectomy 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>