

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

КАСИМОВА САХИБАХОН АБДУВАСИЛОВНА

**ҲОМИЛАДОРЛАРДА ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ХИРУРГИК
ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЯХШИЛАШ ЙЎЛЛАРИ**

14.00.27 – Хирургия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТ**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Касимова Сахибахон Абдувасиловна

Ҳомиладорларда ўткир аппендицитни хирургик даволаш натижаларини
яхшилаш йўллари..... 3

Касимова Сахибахон Абдувасиловна

Пути улучшения результатов хирургического лечения острого
аппендицита у беременных..... 30

Kasimova Sakhibakhon Abduvasilovna

Ways to improve the results of surgical treatment of acute appendicitis in
pregnants..... 56

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 59

**АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ХУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

КАСИМОВА САХИБАХОН АБДУВАСИЛОВНА

**ҲОМИЛАДОРЛАРДА ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИ ХИРУРГИК
ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ЯХШИЛАШ ЙЎЛЛАРИ**

14.00.27 – Хирургия

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТ**

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясида B2024.2.PhD/Tib3215 рақами билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.adti.uz) ва «Ziyonet» ахборот-таълим порталида (www.ziyonet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбар:

Кадиров Шавкат Номонович
тиббиёт фанлари доктори, доцент

Расмий оппонентлар:

Хакимов Мурод Шавкатович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Яриев Алишер Алижанович
тиббиёт фанлари доктори

Етакчи ташкилот:

Бухоро давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Андижон давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2025 йил «__» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижон давлат тиббиёт институти).

Диссертация билан Андижон давлат тиббиёт институтининг Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (_____рақами билан рўйхатга олинган). Манзил: 170100, Андижон шаҳри, Ю.Атабеков кўчаси, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Диссертация автореферати 2025 йил «__» _____ кuni тарқатилди.

(2025 йил «__» _____ даги _____-рақамли реестр баённомаси).

М.М. Мадазимов

Илмий жаражалар берувчи илмий кенгаш раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

М.Ф. Нишанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Б.Р. Абдуллажанов

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
қошидаги илмий семинар раиси,
тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг 2020-йилда эълон қилинган сўнги маълумотларига кўра, Ўзбекистонда аппендицитдан ўлим умумий ўлимнинг 0,02 фоизини ташкил қилган. Ёшга қараб ўлим даражаси 100 000 аҳолига 0,11 ни ташкил этиб, Ўзбекистон дунёда 135-ўринни эгаллаган¹. Ўткир аппендицит ҳомиладорлик даврида акушерлик билан боғлиқ бўлмаган ўткир қориннинг энг кенг тарқалган сабаби бўлиб, тахминан 1500 ҳомиладор аёлдан бирида учрайди². Аппендицит ҳомиладорликнинг 2-триместрида биринчи ёки учинчи триместрига нисбатан кўпроқ учрайди. Ҳомиладорлик пайтида ўткир аппендицит билан касалланиш ҳомиладорликнинг салбий оқибатлари хавфини ошириши мумкин. Хомиланинг йўқотилиши, одатда, 1-триместрда мураккаб аппендектомия ўтказилган аёлларнинг 3-15 фоизида содир бўлади. Бироқ, ушбу кўрсаткич 20-30 фоизга етиши мумкин, бунда муддатидан аввал туғилиш даражаси 15-45 фоизни ташкил этади ва спонтан аборт, шунингдек, перинатал касалланиш ҳамда ўлим хавфи сезиларли даражада ошади. Шу муносабат билан, ҳомиладорлик даврида ўткир аппендицитни ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштириш бугунги кунга қадар долзарб аҳамиятга эга бўлиб қолмоқда.

Жаҳон амалиётида ҳозирги вақтда кенг тарқалган жарроҳлик патологиялари, шу жумладан аппендицит билан оғриган ҳомиладор беморлар учун далилларга асосланган тиббиёт нуқтаи назаридан илмий асосланган клиник тавсияларни ишлаб чиқиш энг долзарб бўлиб қолмоқда, бир қатор мақсадли илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда, улар орасида долзарблари аппендицитнинг яллиғланиш реакцияси шкаласининг диагностик аҳамиятини ҳамда ҳомиладорларда ўткир аппендицит учун магнит-резонанс томографияси маълумотлари билан клиник баҳолаш тизимларининг сезгирлиги ва ўзига хослигини аниқлашга қаратилган тадқиқотлар ҳисобланади, шунингдек, мавжуд мета-таҳлиллар асосида ҳомиладорлик даврида аппендектомиянинг хавфсизлигини аниқлаш учун кўп марказли тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг замонавий жиҳатлари ташхислаш ва хирургик даволашнинг замонавий тамойиллари ва усулларини жорий этиш орқали ҳомиладор аёлларда ўткир жарроҳлик патологиясини даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган кўплаб чора-тадбирларни ўз ичига олади. Янги Ўзбекистонни 2022-2026 йилларда етти устувор йўналиш бўйича ривожлантириш стратегиясига аҳолига малакали тиббий хизмат кўрсатиш сифатини ошириш вазифалари киритилган³. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, шу жумладан

¹ <https://www.worldlifeexpectancy.com/ru/uzbekistan-appendicitis>

² Yavuz Y, Sentürk M, Gümüş T, Patmano M. Acute appendicitis in pregnancy. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2021 Jan;27(1):85-88. English. doi: 10.14744/tjtes.2020.22792. PMID: 33394465.

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60 сон «2022-2026 йилларга мўлжалланган Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

ҳомиладорлик даврида ўткир аппендицитни ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштириш, ушбу патологиянинг юқори тиббий-ижтимоий аҳамияти туфайли шошилиш хирургиянинг, ва умуман олганда, тиббиётнинг долзарб йўналишларидан бири ҳисобланади.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018 йил 7 декабрдаги ПФ-5590-сон «Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида»ги Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 8 ноябрдаги ПҚ-4513-сон «Репродуктив ёшдаги аёллар, ҳомиладорлар ва болаларга кўрсатиладиган тиббий ёрдам сифатини ошириш ва кўламини янада кенгайтириш тўғрисида» ва 2021 йил 4 октябрдаги ПҚ-5254-сон “Хирургия хизматини трансморфация қилиш, ҳудудларда жарроҳлик амалиётлари сифатини ошириш ва кўламини кенгайтириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги Қарорлари, ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишда ушбу диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги. Тадқиқот иши республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Ўткир аппендицит (ЎА) қорин бўшлиғининг кенг тарқалган жарроҳлик касалликларидан бири бўлиб, жамият саломатлигини сақлашда бутун дунё бўйлаб жиддий муаммолардан бири бўлиб қолмоқда⁴. Ҳомиладор аёлларда ЎА жиддий касаллик ҳисобланади, чунки у она ва ҳомиланинг соғлиғига таҳдид солади, шунингдек ҳомиладорлик, туғиш ва туғруқдан кейинги даврда жарроҳлик, акушерлик, экстрагенитал ва перинатал асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Ўткир аппендицитни ўз вақтида ташхислаш жуда муҳим ҳисобланади, чунки кечикиш чувалчангсимон ўсимтанинг тешилиши туфайли она (1-4%) ва ҳомила ўлимига (1,5-35%) олиб келиши мумкин, аммо ҳомиладорлик даврида аппендицитни ташхислаш тегишли диагностик текширувларни талаб қиладиган анатомик, физиологик ва лаборатор кўрсаткичлардаги ўзгаришлар туфайли мураккаб ҳисобланади. Ўз вақтида оптимал танланган жарроҳлик тактикаси эса ҳомила ва она саломатлиги учун ижобий натижаларни таъминлайди. Ҳомиладорлик даврида кўп учрайдиган кўнгил айнаши, қусиш ва қорин оғриғи каби аломатлардан ташқари, лейкоцитлар сонининг ортиши ва рентгенологик усулларнинг чекланганлиги ўткир аппендицит ташхисини қийинлаштиради⁵. Зиганшин А.М. ва ҳаммуал. (2019) таъкидлашча, ЎА ни ташхислашнинг энг оддий ва диагностик жиҳатдан қимматли усули клиник ҳолатни баҳолаш ҳисобланади, бироқ ЎА нинг 100 дан ортиқ аломатлари ва белгилари тавсифланганига қарамай,

⁴ Guan L. et al. The global, regional, and national burden of appendicitis in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. BMC Gastroenterol. 2023 Feb 22;23(1):44.

⁵ Хасанов А.Г. и др. Диагностика и лечебная тактика при остром аппендиците у беременных с большими сроками гестации // Креативная хирургия и онкология. 2019; 9(2). С.100-105.

уларнинг ҳеч бири ҳомиладорлик ва туғиш даврида ёки туғруқдан кейинги даврда мустақил аҳамиятга эга эмас⁶. Kozan R. ва ҳаммуал. (2020) ўткир аппендицитга шубҳа қилинган ҳомиладор аёлларда клиник кўринишлар, жарроҳлик тактикалари ва асоратлар ўртасидаги боғлиқликни ўрганиб, ҳомиладорлик билан боғлиқ чекловчи омиллар ўткир аппендицит ташхисини мураккаблаштириши мумкин деган хулосага келган.

Ҳалқаро клиник тавсияларда ўткир аппендицитга шубҳа қилинган беморларни ташхислаш визуал диагностикадан фойдаланишни мақбуллаштириш ва ноўрин оператив аралашувларни олдини олиш учун баҳолашнинг клиник тизимлари асосида амалга оширилиши лозимлиги таъкидланган. Moltubak E. ва ҳаммуал. (2024) аппендицитнинг яллиғланиш реакцияси шкаласи (AIR) ва ультратовуш визуализациясининг диагностик аниқлигини ўрганиб, ушбу шкалани аппендицитга шубҳа бўлган ҳомиладорларда қўллаш мумкин деб ҳисоблайдилар⁷. Mantoglu B. (2020) ҳомиладорлик даврида ўткир аппендицитни ташхислаш учун қўлланиладиган энг оммавий 9 та баҳолаш тизимларини (Alvarado, Karaman, Lindberg, AIR, Ohmann, RIPASA, Fenyó-Eskelinen, Tzanakis, Lintula) таҳлил қилган ҳолда RIPASA шкаласидан фойдаланиш прогностик жиҳатдан 94,4% ҳолларда аҳамиятли эканлигини, аммо ҳомиладорлик даврида махсус баҳолаш тизими зарурлигини аниқлаган⁸.

Гарчи бир нечта тадқиқотларда ЎА да консерватив даволаш имкониятлари келтирилган бўлса-да^{9,10,11}, аппендектомия, айниқса ҳомиладор аёлларда стандарт даволаш стратегияси ҳисобланади¹². Хасанов А.Г. ва ҳаммуал. (2015) фикрича ҳомиладорликнинг I-триместрида Дяконов-Волкович кесмаси ёки лапароскопик аппендектомиядан фойдаланиш тавсия этилади, II-триместрида эса Ленандернинг параректал кесмасидан ёки узунлиги камида 8-9 см бўлган кенгайтирилган Дяконов-Волкович кесмаси ёрдамида аппендектомия амалга оширилиши лозим ва пневмоперитонеумнинг салбий таъсирини камайтириш учун лапароскоп ассистентлигидаги аралашувларни қўллаш мақсадга мувофиқ¹³. Kozan R. ва ҳаммуал. (2020) фикрича, лапароскопик аппендектомия хавфсиз даволаш усули бўлиб кўринса-да, унинг ҳомила йўқолишининг юқори хавфи билан

⁶ Зиганшин А.М., Кархани Х.М., Шарма Бхавна. Проблемы диагностики острого аппендицита у беременных женщин // Медицинский вестник Башкортостана. Том 14, № 1 (79), 2019. С.82-86.

⁷ Moltubak E, Landerholm K, Blomberg M, Andersson RE. Validation of the Appendicitis Inflammatory Response (AIR) score during pregnancy: A nested case-control study. Acad Emerg Med. 2024 Apr 10.

⁸ Mantoglu B. et al. Which appendicitis scoring system is most suitable for pregnant patients? A comparison of nine different systems. World J Emerg Surg. 2020 May 18;15(1):34.

⁹ Ashbrook M, Cheng V, Sandhu K, Matsuo K, Schellenberg M, Inaba K, Matsushima K. Management of Complicated Appendicitis During Pregnancy in the US. JAMA Netw Open. 2022 Apr 1;5(4):e227555

¹⁰ Joo JI, Park HC, Kim MJ et al. Outcomes of antibiotic therapy for uncomplicated appendicitis in pregnancy. Am J Med. 2017. 130:1467-1469

¹¹ Carstens AK, Fensby L, Penninga L. Nonoperative treatment of appendicitis during pregnancy in a remote area. AJP Rep. 2018. 8:e37-e38

¹² Adamina M. et al. EAES rapid guideline: systematic review, meta-analysis, GRADE assessment, and evidence-informed European recommendations on appendicitis in pregnancy. Surg Endosc. 2022 Dec;36(12):8699-8712.

¹³ Хасанов А.Г. и соавт. Дифференцированная хирургическая тактика при остром аппендиците в различные сроки беременности // Пермский медицинский журнал, 2015, 32 (5). С.6-11.

боғлиқлигини ҳисобга олиш керак¹⁴. Tumati A. ва ҳаммуал. (2021) 10 йил давомида очик ва лапароскопик аппендэктомия ташрихи ўтказилган 1006 нафар ҳомиладор аёлларни қамраб олган катта ҳажмли популяцион тадқиқотида лапароскопик усул очик усулга нисбатан ҳомиладорликнинг ҳар қандай триместрида афзалликка эга эканлигини таъкидлаб ўтганлар¹⁵, бироқ ҳомиланинг нобуд бўлиши фақатгина лапароскопик амалиёт ўтказилган аёлларда кузатилганлиги ушбу хулосани шубҳа остига олади. Турбин М.В. ва ҳаммуал. (2021) эса, ҳомиладорлик давридаги ўткир жарроҳлик патологиясида лапароскопик кириш йўли хавфсиз ва самарали деб ҳисоблайди¹⁶. SAGES (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons) томонидан 2024 йилда чоп этилган тавсиялари кўра, ҳомиладорларда агар бачадон туби киндик остида жойлашган бўлса лапароскопик усулни қўллаш мақсадга мувофиқ, киндик устида жойлашган тақдирда лапароскопик аппендэктомия техник жиҳатдан қийин бўлиши ва очик ёки лапароскопик усулни танлаш қарори жарроҳ ихтиёрида қолади¹⁷.

Ўзбекистонлик олимлар томонидан ўткир аппендицитни ташхислаш ва даволашга оид ўтказилган кўплаб тадқиқотлар натижалари нашр қилинган. Жумладан, Хаджибаев Ф.А. ва ҳаммуал. (2022) ўткир аппендицитнинг атипик ва кам учрайдиган шаклларида қўлланилган мавжуд диагностик шкалаларни таҳлил қилган ҳолда Alvarado шкаласидан фойдаланиш шифохонада қолиш муддатларини қисқартиришга, “салбий” аппендэктомиялар сони ҳамда ЎА асоратларини камайтиришга имкон бериши, аммо ҳомиладорликнинг 2-3-триместрларида шкала бўйича етарлича балл йиғилмаслиги сабабли беморда ЎА борлигини аниқ айтиш имконсиз эканлигини таъкидлаганлар¹⁸. Камалов С.Ж. ва ҳаммуал. (2023) томонидан ўткир аппендицитда биоимпедансометриянинг имкониятлари ўрганилиб, ушбу усул организмдаги сув мувозанатининг бошланғич бузилишлари хусусида объектив маълумотлар олишга имкон бериши аниқланган¹⁹. Акилов Х.А. ва ҳаммуал. (2019) ўткир аппендицит ва унинг асоратлари кузатилган 6256 нафар болаларни даволаш натижаларини тақдим қилганлар²⁰. Аммо охириги йилларда айнан ЎА кузатилган ҳомиладорларни ташхислаш ва даволашга оид тадқиқотларнинг камлиги туфайли объектив натижаларни таҳлил қилиш мураккаб ҳисобланади.

¹⁴ Kozan R, Bayhan H, Soykan Y, Anadol AZ, Sare M, Aytac AB. Acute Appendicitis in Pregnancy: How to Manage? Sisli Etfal Hastan Tip Bul. 2020 Dec 11;54(4):457-462.

¹⁵ Tumati A. et al. Pregnant patients requiring appendectomy: comparison between open and laparoscopic approaches in NY State. Surg Endosc. 2021 Aug;35(8):4681-4690

¹⁶ Турбин М.В. и др. Лапароскопия при острой хирургической патологии у беременных // Вестник ВолГМУ. 2021; 3(79). С.124-127

¹⁷ Kumar S.S. et al. SAGES guidelines for the use of laparoscopy during pregnancy (2024). Surgical endoscopy, 10.1007/s00464-024-10810-1.

¹⁸ Хаджибаев Ф.А., Каримов Д.Р., Мадиев Р.З. Диагностические шкалы острого аппендицита при атипичных и редких формах // Вестник экстренной медицины, 2022, том 15, № 2. С.70-74

¹⁹ Камалов С.Ж., Мавлянов Ф.Ш., Мавлянов Ш.Х. Возможности анализа биоимпеданса у больных острым аппендицитом // Журнал “Проблемы биологии и медицины”, 2023, №4 (146). С.56-59

²⁰ Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Примов Ф.Ш., Джураев Ж.А., Хаджаров Н.Р. Опыт лечения острого аппендицита в Ташкенте // Детская хирургия, 2019; 23(3). С.157-160.

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, ҳомиладорларда ЎА ни ташхислаш ва даволашда эришилган сезиларли ютуқларга қарамай, ҳомиладорларда ўткир аппендицитда оптимал ташхисот усуллари кўллаш ва хирургик тактикани танлаш борасида жаррохлар орасида ягона консенсусга эришилмаган. Шу муносабат билан, ҳомиладорларда ўткир аппендицитда ташхисот-даволаш алгоритмини оптималлаштириш, кам инвазив хирургик кириб бориш усуллари ишлаб чиқиш ва клиник самарадорлигини баҳолаш, шунингдек, ҳомиладорлик даврларига боғлиқ ҳолда хирургик тактикани танлашни мақбуллаштириш муҳим аҳамият касб этади. Юқорида таъкидланган муаммоларни ҳал қилиш ушбу тадқиқотни ўтказишга тўртки бўлди.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг илмий ишлари режасига мувофиқ 01.2000.267-сон “Инсон хирургик касалликларини ташхислаш, даволаш ва олдини олишда илғор технологияларни ишлаб чиқиш” мавзуси доирасида бажарилган (2022-2024 й.).

Тадқиқотнинг мақсади ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитни ташхислаш ва хирургик даволашни такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқот вазифалари:

ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитни ташхислашда патогномоник бўлган клиник, лаборатор ва инструментал текширувлар кўрсаткичларини аниқлаш;

ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитни ўзига хос клиник кечишини инобатга олган ҳолда ўткир аппендицитни ташхислаш ва даволаш алгоритмини таклиф этиш;

ҳомиладорликнинг тули триместиларида кузатиладиган анатомик ўзгаришларни инобатга олган ҳолда оптимал хирургик бориш усулини ишлаб чиқиш;

ташриҳ давомида ва ташриҳдан кейинги эрта даврда таклиф этилган ва анъанавий усуллар самарадорлигини қиёсий баҳолаш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2021 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Андижон филиалида ўткир аппендицит туфайли ташриҳ ўтказилган 95 нафар ҳомиладор аёллар олинган.

Тадқиқотнинг предмети ўткир аппендицит билан оғриган ҳомиладор аёлларни комплекс хирургик даволаш ҳамда амалиётдан кейинги яқин ва узоқ муддатлардаги натижаларини таҳлил қилишдан иборат.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқот мақсадига эришиш ва белгиланган вазифаларни ҳал қилиш учун умумий клиник, лаборатор, инструментал ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитни ташхислаш ва даволаш усулини танлаш алгоритми ишлаб чиқилган;

Ўткир аппендицит билан оғриган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг турли триместларида бемор ва ҳомила учун хавфсиз бўлган оптимал хирургик кириш усули ишлаб чиқилган;

лейкоцитоз, интоксикациянинг лейкоцитар индекси ва нейтрофиллар жавоб индекси кўрсаткичларига асосланиб, нафақат ўткир аппендицитни верификациялаш, балки унинг морфологик шаклини башоратлаш мумкунлиги исботланган;

клиник тадқиқот натижалари асосида ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг турли триместларида ўткир аппендицитни ташхислаш ва оптимал оператив даволаш усулини танлаш билан тавсифланувчи дифференциал хирургик тактика ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари:

ҳомиладорликнинг 2-триместрида аппендэктомия бажаришда асосий хирургик кириб бориш йўли - биз таклиф қилган методика бўйича бажарилган тери кесмалари, ҳомиладорликнинг 3-триместрда ўткир аппендицитни асоратланган деструктив турларида хирургик бориш йўли – ўрта чизикдан қилинган лапаротомия, ўткир аппендицитни асоратланмаган турларида эса – таклиф қилинган кесма орқали амалга оширилишининг клиник самарадорлиги исботланган;

ташхислашда лаборатор (лейкоцитоз, интоксикациянинг лейкоцитар индекси ва нейтрофиллар жавоб индекси) ва инструментал (УТТда ичакда суюқлик сатхи аниқланиши ва чувалчангсимон ўсимта диаметри катталаниши) текширувларнинг клиник нуқтаи назардан аҳамиятли бўлган ўзига хос жиҳатлари аниқланган;

ҳомиладорларда умумий клиник текширувлар ва бошқа инструментал ва лаборатор усуллар ёрдамида ўткир аппендицит ташхисини инкор этиш ёки тадиқлаш имкони бўлмагандагина шошилишч диагностик лапароскопия ўтказилиши оптимал муддатлари ва самарадорлиги аниқланган;

ҳомиладор аёлларда аппендэктомия ташриhini амалга ошириш учун ишлаб чиқилган хирургик кириб бориш усулининг афзалликлари клиник асосланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Натижаларнинг ишончлилиги беморлар ҳолатини баҳолашнинг объектив мезонлари, лаборатор ва инструментал диагностиканинг замонавий усулларида фойдаланилганлиги, услубий ёндашувлар ҳамда статистик таҳлил жамланмаларининг тўғри қўлланилганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти шундан иборатки, олинган хулосалар ва берилган тавсиялар назарий аҳамиятга эга бўлиб, функционал ва клиник текширувлар натижасида ўткир аппендицит билан оғриган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг турли триместрларида патологияни аниқлашда клиник, лаборатор ва инструментал текширувлар аҳамиятини, ташрих вақтида ҳомила ва беморда кузатилиши мумкин бўлган асоратлар механизмларини ўрганишга муҳим ҳисса қўшиши билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, ўтказилган клиник тадқиқотлар ўткир аппендицит ташхисланган ҳомиладор аёлларда аппендэктомия учун ишлаб чиқилган хирургик бориш усулини қўллаш ташрих вақтини қисқартиришга ҳамда асоратлар ривожланишини олдини олишга, яллиғланиш жараёни регрессини ҳамда яра регенерациясини таъминлашга, ташрихдан сўнгги тикланиш муддатларини қисқартиришга имкон берганлиги билан изоҳланади.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитни ташхислаш ва хирургик даволашни такомиллаштириш усулларини қўллаш орқали даволаш натижаларини яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижалари асосида:

Тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий қилиниши. Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитни хирургик даволаш натижаларини яхшилаш бўйича илмий тадқиқот натижаларига кўра:

биринчи илмий янгилик: ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитни ташхислаш ва даволаш усулини танлаш учун ишлаб чиқилган алгоритм Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 22 октябрда бi-69/и-сон билан тасдиқланган “Ҳомиладорлик даврида ўткир аппендицитни даволаш натижаларини яхшилаш йўллари” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 2024 йил 14 октябрдаги 231/8-сон ва Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 2024 йил 10 октябрдаги 135-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 26 ноябрдаги 09/09-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитни ташхислаш ва даволаш усулини танлаш алгоритми беморлар шифохонада ётиш ҳамда реабилитация муддатларини қисқартиришга ва муваффақиятли оператив амалиётлар улушини оширишга имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: ўткир аппендицит билан оғриган 1 нафар ҳомиладор аёлнинг шифохонада 1 кунлик даволанишига доридармон, озик-овқат маҳсулотлари ва тиббий ашёлар учун жами 460000 сўм миқдоридagi давлат бюджети маблағлари сарфланади. Бир нафар ҳомиладор аёлни шифохонада бўлиш муддатини ўртача 2 кунга қисқартириш 920000 сўм давлат бюджети маблағлари иқтисод қилинишига имкон беради. Хулоса: ўткир аппендицит билан оғриган ҳомиладор аёлнинг шифохонада бўлиш муддатини ўртача 2 кунга қисқартириш ҳисобига тадқиқот кўлами бўйича (n=70) 64400000 сўм давлат бюджети маблағлари тежалишини таъминлайди.

иккинчи илмий янгилик: ўткир аппендицит билан оғриган ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг турли триместларида бемор ва ҳомила учун хавфсиз бўлган ишлаб чиқилган оптимал хирургик кириш усули Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 22 октябрда бi-69/и-сон билан тасдиқланган “Ҳомиладорлик даврида ўткир аппендицитни даволаш натижаларини яхшилаш йўллари” номли услубий тавсиянома

мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 2024 йил 14 октябрдаги 231/8-сон ва Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 2024 йил 10 октябрдаги 135-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 26 ноябрдаги 09/09-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ҳомиладор аёлларда аппендэктомия ташриhini амалга ошириш учун ишлаб чиқилган оптимал кам инвазив хирургик кириш усулини қўллаш беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилашга ва уларни реабилитация қилиш вақтини қисқартиришга имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: Тавсия этилган усулдан фойдаланиш асоратларни олдини олиш имконини беради, қўшимча даволанишга бўлган эҳтиёжни камайтиради. Стационар даволаниш учун энг кам харажат ҳар бир кун учун 275000 сўмни ташкил қилгани ҳолда, шифохонада қолиш муддатлари қисқариши ҳисобига 1 нафар беморга 1 кунда 275000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинади. Хулоса: Тавсия этилган усул келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни камайтиради ва касалхонада бўлиш вақтини қисқартиради ҳамда тадқиқот кўлами бўйича ушбу усул қўлланилган 70 нафар беморларда 1 кун учун 19250000 сўм бюджет маблағлари тежалади;

учинчи илмий янгилик: лейкоцитоз, интоксикациянинг лейкоцитар индекси ва нейтрофиллар жавоб индекси кўрсаткичларига асосланиб, нафақат ўткир аппендицитни верификациялаш, балки унинг морфологик шаклини башоратлаш мумкунлиги исботланганлиги Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 22 октябрда б1-69/у-сон билан тасдиқланган “Ҳомиладорлик даврида ўткир аппендицитни даволаш натижаларини яхшилаш йўллари” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 2024 йил 14 октябрдаги 231/8-сон ва Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 2024 йил 10 октябрдаги 135-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 26 ноябрдаги 09/09-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ҳомиладор аёлларда лаборатор текширув натижалари асосида ўткир аппендицитни верификациялаш ҳамда унинг морфологик шаклини башоратлаш амалга ошириладиган ташрих хажми ва усулини тўғри режалаштиришга, натижада асоратлар сонини камайтиришга ва даволаш сифатини оширишга имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: ўткир аппендицит билан оғриган 1 нафар ҳомиладор аёлнинг шифохонада 1 кунлик даволанишига дори-дармон учун жамаи 182000 сўм миқдоридаги давлат бюджети маблағлари сарфланади. Бир нафар ҳомиладор аёлни шифохонада бўлиш муддатини ўртача 2 кунга қисқартириш дори-дармон харажатлари ҳисобига 364000 сўм давлат

бюджети маблағлари иқтисод қилинишига имкон беради. Хулоса: ўткир аппендицит билан оғриган ҳомиладор аёлнинг шифохонада бўлиш муддатини ўртача 2 кунга қисқартириш дори-дармон харажатлари ҳисобига тадқиқот кўлами бўйича (n=70) 25480000 сўм давлат бюджети маблағлари тежалишини таъминлайди.

тўртинчи илмий янгилик: клиник тадқиқот натижалари асосида ҳомиладор аёлларда ҳомиладорликнинг турли триместларида ўткир аппендицитни ташхислаш ва оптимал оператив даволаш усулини танлаш билан тавсифланувчи ишлаб чиқилган дифференциал хирургик тактика Андижон давлат тиббиёт институти Эксперт кенгаши томонидан 2024 йил 22 октябрда б1-69/у-сон билан тасдиқланган “Ҳомиладорлик даврида ўткир аппендицитни даволаш натижаларини яхшилаш йўллари” номли услубий тавсиянома мазмунига сингдирилган. Илмий янгиликнинг амалиётга жорий қилиниши: Мазкур таклиф Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Наманган филиалининг 2024 йил 14 октябрдаги 231/8-сон ва Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиалининг 2024 йил 10 октябрдаги 135-сон буйруқлари билан амалиётга жорий этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Илмий-техник кенгашнинг 2024 йил 26 ноябрдаги 09/09-сон хулосаси). Илмий янгилик натижаларининг ижтимоий самарадорлиги: ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитда ишлаб чиқилган дифференциал хирургик тактикани қўллаш хирургик ва акушерлик асоратлари частотасини камайтиришга, хаёт сифатини оширишга, шунингдек бемор ва ҳомила ўлими частотасини пасайтиришга имкон беради. Илмий янгилик натижаларининг иқтисодий самарадорлиги: Тавсия этилган тактикадан фойдаланиш асоратларни олдини олиш имконини беради, қўшимча даволанишга бўлган эҳтиёжни камайтиради. Стационар даволаниш учун энг кам харажат ҳар бир кун учун 275000 сўмни ташкил қилгани ҳолда, шифохонада қолиш муддатлари қисқариши ҳисобига 1 нафар беморга 1 кунда 275000 сўм бюджет маблағлари иқтисод қилинади. Хулоса: Тавсия этилган тактика келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни камайтиради ва касалхонада бўлиш вақтини қисқартиради ҳамда тадқиқот кўлами бўйича ушбу усул қўлланилган 70 нафар беморларда 1 кун учун 19250000 сўм бюджет маблағлари тежалади;

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий-амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 12 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, тўртта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертациянинг ҳажми 135 бетни ташкил этган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Диссертациянинг **кириш қисмида** диссертация ишининг долзарблиги асослаб берилган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари ифодалаб берилган, олинган натижаларнинг илмий янгилиги ва илмий-амалий аҳамияти келтирилган, иш натижаларини пробацияси ва эълон қилинганлиги, диссертациянинг ҳажми ва тузилиши ҳақида маълумотлар тақдим этилган.

Диссертациянинг **«Ҳомиладорларда ўткир аппендицит муаммосининг замонавий ҳолати (адабиётлар шарҳи)»** деб номланган биринчи бобида ҳомиладорларда ўткир аппендицит муаммосининг ҳолати бўйича замонавий тасаввурлар юзасидан тўпланган илмий ахборотларни пухта таҳлили, танқидий баҳоланиши ва тизимлаштириш ўтказилган. Ҳомиладорларда ўткир аппендицит ва унинг асоратларининг эпидемиологик жиҳатлари, ҳомиладорларда ўткир аппендицитни ташхислашда лаборатор ва инструментал текшириш усуллари ҳамда ҳомиладорларда ўткир аппендицитни даволаш тактикаси оид замонавий адабиёт маълумотлари таҳлил қилинган. Ўтказилган адабиётлар таҳлили натижасида ечилмаган масалалар доираси ва уларни ечиш йўллари келтирилган.

Диссертациянинг иккинчи бобида **«Клиник материал ва қўлланилган тадқиқот усуллариининг тавсифи»** тақдим этилган. Диссертация тадқиқоти Республика шошилич тиббий ёрдам илмий амалий маркази Андижон филиалида 2021-2023 йй. шошилич жаррохлик ва шошилич гинекология бўлимларида ҳомиладорликнинг турли даврларида ўткир аппендицит билан ташрих ўтказган 95 нафар беморларнинг текширув ва даволаш натижаларини таҳлиliga асосланган. Беморларни ёши 18 ёшдан 41 ёшгача, ўртача ёши $25,0 \pm 0,8$ ($Me=26$ ёш) ни ташкил этди. Ҳомиладорлик муддатлари 3-4 хафтадан 35-36 хафтагача бўлган.

Қиёсий таҳлил ўтказиш мақсадида тадқиқотдаги барча беморлар асосий (70 нафар) ва қиёсий (25 нафар) гуруҳларга ажратилган.

Гуруҳлардаги ташрих ўтказилган ҳомиладор аёлларнинг ёши ва ҳомиладорлик муддатига кўра тақсимланиши 1-жадвалда тақдим этилган.

1-жадвал

Тадқиқот гуруҳларидаги ҳомиладор аёлларнинг ёши ва ҳомиладорлик муддатига кўра тақсимланиши

Ҳомиладорлик муддати	Ёши			Жами
	18-20 ёш	21-30 ёш	31-41 ёш	
Асосий гуруҳ				
1-триместр	14	16	2	32
2-триместр	10	10	6	26
3-триместр	2	8	2	12
Қиёсий гуруҳ				
1-триместр	4	6	2	12
2-триместр	3	3	2	8
3-триместр	-	3	2	5
ЖАМИ	33	46	16	95

Асосий гуруҳга ҳомиладорликни 1-триместрида бўлган 32 (45,7%), 2-триместрида 26 (37,1%) ва 3-триместрида 12 (17,1%) нафар беморлар киритилган. Уларда ўткир аппендицит ташхисини қўйишда анъанавий (клиник, параклиник ва лаборатор) текшириш усулларида ташқари, ташхислаш жараёнида УТТ ва лапароскопия текширувлари қўлланилган, аппендэктомия таклиф этилган усулда амалга оширилган.

Қиёсий гуруҳ, ҳомиладорлик даврларига мутаносиб 12 (48%), 8 (32%) ва 5 (20%) нафар беморлардан ташкил топган. Уларда ўткир аппендецит касаллигини стандарт текшириш усуллари ва анъанавий аппендэктомия қўлланилган.

Тадқиқотда умумий клиник, лаборатор, инструментал ва статистик тадқиқот усуллари қўлланилган

Диссертациянинг учинчи бобида «**Ҳомиладорликнинг турли муддатларида ўткир аппендицит ташхисотининг ўзига хос хусусиятлари**» тақдим этилган.

Ҳомиладорликнинг I триместрида ўткир аппендицитни ташхислаш. Асосий гуруҳда 32 нафар (35,5%), қиёсий гуруҳда 12 нафар (26,6%) бемор ҳомиладорликнинг I триместрида (1-13 хафта) ўткир аппендицит ташхиси билан даволанган. Ҳомиладорлар ёши 18-34 ёшни ташкил этган (ўртача $22,0 \pm 0,6$ ёш, $Me=22$ ёш). Шикоятлар бошланиши билан госпитализация орасидаги муддат 2-8 соат ($Me=4$ соат).

Қуйидаги 2-жадвалда келтирилган маълумотларга кўра, ҳомиладорликнинг I триместрида асосий гуруҳда ҳам (71,8%), қиёсий гуруҳда ҳам (75%) аксарият холда ўткир аппендицитнинг катарал тури учраган, деструктив ўткир аппендицит асосий гуруҳда 21,8%, қиёсий гуруҳда 25% холатларда кузатилган (2-жадвал).

2-жадвал

Тадқиқотдаги беморларда ўткир аппендицитнинг морфологик турларига кўра тақсимланиши (n=44)

Беморлар гуруҳи	Ўткир аппендицитнинг морфологик тури				Жами
	Яллиғла-нишсиз	Нодеструктив	Деструктив		
		Катарал	Флегмоноз	Гангреноз	
Асосий гуруҳ	2 (6,3%)	23 (71,8%)	5 (15,6%)	2 (6,3%)	32
Қиёсий гуруҳ	-	9 (75%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	12

Иккала гуруҳда ҳам беморлар шикоятлари эпигастрал, ўнг қовурға ости, ўнг ёнбош ва қориннинг пастки сохаларидаги оғриққа бўлган. Асосий гуруҳда 25 нафар (68,7%) беморда оғриқ эпигастрал сохада бошланиб, аста-секин сурилиб ўнг ёнбош сохага кўчган. Булардан 22 тасида ўнг ёнбош ва қорин пастки сохаларида мушаклар таранглашиши кузатилган. Юрганда оғриқ кучайиши катарал аппендицитда 7 нафарида (30,4%), деструктив аппендицитда 5 нафарида (85,7%) бўлган.

Асосий гуруҳда ҳомиладорликнинг I триместрида ўткир аппендицитнинг барча турларида энг кўп учраган белги Кохер-Волкович симптоми бўлган (78,1%). Шунингдек, яллиғланган чувалчангсимон

Ўсимтани силжиши ва эзилиши натижасида келиб чиқадиган белгилар: Ситковский (71,8%), Бартомье-Михельсон (71,8%), Ровсинг (78,1%), Раздольский (78,1%), Черёмский (75%), Ларош (68,7%), Барадулин (68,7%), Брендо (62,5%), Шёткин-Блюмберг (56,2%), Ризван (56,2%), Грегори (46,8%) белгилари кузатилди.

Қиёсий гуруҳдаги беморларда ҳам Кохер-Волкович симптоми, кўп учраган белги сифатида эътироф этилди – 75% ҳолатда кузатилди. Ровсинг (83,3%), Раздольский (83,3%), Черёмский (83,3%), Ситковский (75%), Бартомье-Михельсон (75%), Шёткин-Блюмберг (75%), Барадулин (66,6%), Брендо (50%), Ризван (50%), Ларош (50%), Грегори (50%) белгилари нисбатан камроқ кузатилди.

Ўткир аппендицитнинг флегмоноз ва гангреноз турларида иккала гуруҳ беморларида Шёткин-Блюмберг, Ситковский, Бартомье-Михельсон, Черёмский, Ровсинг, ҳамда Раздольский белгилари барча ҳолатларда кузатилди. Айтиб ўтиш жоизки, бу белгиларнинг ҳеч қайси бири патогномоник деб ҳисоблана олмайди ва уларнинг диагностик қиймати фақатгина бошқа кўрсаткичлар (лаборатор ва параклиник) билан аҳамиятли саналиши мумкин.

Тадқиқотдаги ҳомиладорликнинг I триместридаги беморларда кўйидаги параклиник белгилар кузатилган: тахикардия, кўнгил айнаши ва қайт қилиш, тана хароратини ошиши. Асосий гуруҳда ушбу белгилар 80,1% ҳолатларда, қиёсий гуруҳда – 83,3% ҳолатларда кузатилди. Бироқ, токсикоз фониди, ушбу белгилар ҳомиладорларда ўткир аппендицит ҳолати бўлмаганда ҳам қайд этилади (3-жадвал).

3-жадвал

Тадқиқотдаги ҳомиладорликнинг I триместридаги беморларда параклиник белгилар кузатилиши

Параклиник белги	Яллиғла-нишсиз	Катарал		Деструктив	
		Асосий (n=32)	Қиёсий (n=12)	Асосий (n=32)	Қиёсий (n=12)
Тахикардия	-	20 (86,9%)	5 (55,5%)	7 (100%)	3(100%)
Кўнгил айнаши	2(100%)	17 (73,9%)	8 (88,8%)	6 (85,7%)	3 (100%)
Тана хароратини ошиши	-	19 (82,6%)	6 (66,6%)	6 (85,7%)	3 (100%)

Тадқиқотдаги барча беморларга лаборатор текширувлар ўтказилган.

Тадқиқотдаги беморларда асосий гуруҳда $12,0 \times 10^9$ /л гача бўлган лейкоцитоз кўпроқ ўткир аппендицитнинг катарал шаклида (60,8%), деструктив турида эса атиги 42,8% кузатилган. Қиёсий гуруҳда бу тафовут янада катта – катарал аппендицитда бу кўрсаткич 88,8% ҳолатларда қайд этилган. Иккала гуруҳда ҳам $>12,0 \times 10^9$ /л ортиқ лейкоцитоз деструктив аппендицитда кўпроқ учраган: асосий гуруҳда (57,1%), қиёсий гуруҳда 100% ҳолатларда (4-жадвал).

4-жадвал

Тадқиқотдаги беморларнинг лаборатор кўрсаткичлари

Лаборатор кўрсаткич	Яллиғла-нишсиз	катарал		Деструктив	
		Асосий (n=32)	Қиёсий (n=12)	Асосий (n=32)	Қиёсий (n=12)
Лейкоцитоз					
10,0-12,0x10 ⁹ /л	2 (100%)	14 (60,8%)	8 (88,8%)	3 (42,8%)	-
>12,0 x 10 ⁹ /л	-	9(39,1%)*	1 (11,1%)	4(57,1%)*	3 (100%)****
ИЛИ			-		
0,5-1,5	2 (100%)	6 (26%)		2 (28,5%)	
>1,5	-	17(73,9%)* *		5 (71,4%)**	
НЖИ			-		
6,0-6,2	2 (100%)	8 (34,7%)		2 (28,5%)	
>6,2	-	15 (65,2%)****		5 (71,4%)****	

* $p=0,4$; ** $p=0,2$; *** $p=0,3$;

Ҳомиладорликнинг I триместрида клиник, параклиник ва лаборатор тадқиқотларга таянган ҳолда асосий гуруҳда 58,7%, қиёсий гуруҳда 63,2% кузатувларда ўткир аппендицит ташхисини ўрнатишга эришилди.

Диагностик алгоритмнинг иккинчи босқичи сифатида асосий гуруҳдаги барча беморларга УТ текшируви ўтказилган. УТТ ёрдамида 12 нафар (37,5%) беморда ўткир аппендицит белгиларини аниқлашга эришилди, улардан 7 нафариди катарал, 5 нафариди деструктив турдаги аппендицит ташхисланди (5-жадвал).

5-жадвал

Асосий гуруҳдаги беморларда УТТдаги абсолют ва нисбий белгилар кузатилганлиги

УТ белги	Катарал	Деструктив
Чувалчангсимон ўсимта диаметри		
> 6 мм*	2 (28,5%)	3 (60%)
< 6 мм	5 (71,4%)	2 (40%)
Чувалчангсимон ўсимта девори қалинлиги		
> 2 мм**	5 (71,4%)	5 (100%)
< 2 мм	2 (28,5%)	-
Ингичка ичак девори қалинлашиши	2 (28,5%)	-
Ичакда суюқлик даражаси мавжудлиги	4(57,1%)	5 (100%)
Ичак атонияси	4(57,1%)	5 (100%)

УТТда диаметри 6 мм дан каттароқ чувалчангсимон ўсимта аксарият ҳолларда ўткир аппендицитнинг деструктив шаклида кузатилади (60%), катарал шаклида эса фақат 28,5%ни ташкил этган.

Ҳомиладорликнинг 1 триместрида ўткир аппендицитга гумон қилинган ва 2-4 соат ичида клиник, лаборатор ва УТТ текшируви билан ташхисга аниқлик киритиш имкони бўлмаган 10 нафар ҳомиладор аёлга диагностик лапароскопия ўтказилган.

Лапароскопик текширувда барча беморларда чувалчангсимон ўсимта, ичак, бачадон ва тухумдонларни кўриш ва баҳолашга эришилди. Диагностик лапароскопия ўртача 20-30 дақиқа давом этган. Бевосита муолажа давомида ва ташрихдан кейинги даврда асоратлар кузатилмади. Ўткир аппендицитнинг бевосита белгилари 12 та, билвосита белгилари 5 нафарда аниқланди. Бир қатор беморда бир нечта белги аниқланган.

Ҳомиладорликнинг II триместрида ўткир аппендицитни ташхислаш. Асосий гуруҳда 26та (28,9%), қиёсий гуруҳда 8та (17,8%) бемор ҳомиладорликнинг 2-триместрида бўлган. Беморлар ёши 19-41 ёш бўлиб, ўртача ёши $24 \pm 0,8$ ёшни ($Me=25$ ёш), госпитализация муддатлари 4-18 соатни ($Me=11$ соат) ташкил этди.

Ҳомиладорликнинг 2-чи триместрида асосий гуруҳда ўткир аппендицитнинг катарал шакли 42,3%, деструктив шакли 50% ҳолатларда учраган. Қиёсий гуруҳда катарал ва деструктив шаклдаги аппендицит учраш частотаси бир хил бўлди (50%). Асосий гуруҳда 16 нафар (61,5%) беморда оғриқ эпигастрал соҳада, 12 (46,1%) нафарида ўнг ёнбош ва қорин пастки қисми соҳаларда бошланган. Ушбу гуруҳдаги 10 нафар (38,4%) беморда қорин мушакларининг химоявий таранглиги кузатилган.

Ҳомиладорликнинг 2 триместрида оғриқли белгилар аппендицитнинг деструктив шаклида яққолроқ намоён бўлаганлигини сабаби ҳомиладорлик муддатини ошиши, пальпатор текширув қийинлашиши, яллиғланган чувалчангсимон ўсимтани силжиши ва эзилиши билан боғлиқ. Масалан Кохер-Волкович белгиси 1 триместрда 78,1%, 2 триместрда 65,3% ҳолатларда, қорин олди девори таранглашиши 1 триместрда 68,7%, 2 триместрда 38,4% кузатувларда аниқланди.

Оғриқ синдромидан ташқари қўйидаги белгилар ҳам кузатилди: Черёмский (84,6%), Бартомье-Михельсон (76,9%), Ситковский, Грегори (73%), Барадулин (65,3%), Ларош (61,5%), Раздольский (57,6%), Брендо, Ризван (53,8%), Ровсинг (50%), Шёткин-Блюмберг (46,1%) белгилари.

Ҳомиладорликнинг 2 триместрида параклиник белгилар (кўнгили айниши, тана хароратининг ошиши, тахикардия) 76,9% кузатувларда учраган ва клиник ва лаборатор усуллар билан бир қаторда ташхислашдаги кўшимча маълумот сифатида қўл келган. Асосий гуруҳда $10,0-12,0 \times 10^9/\text{л}$ чегарасидаги лейкоцитоз $10,0$ до $12,0 \times 10^9/\text{л}$ ҳам катарал, ҳам деструктив шаклдаги аппендицитда бир хил частота билан учраган. Кўрсаткич $14,0 \times 10^9/\text{л}$ дан юқори бўлган кузатувлар эса фақат маҳаллий ва тарқоқ перитонит билан асоратланган деструктив аппендицитда учради. ИЛИ кўрсаткичи $>1,5$ дан, НЖИ кўрсаткичи $>6,2$ юқори бўлиши деструктив ва асоратланган аппендицитдаги барча беморларда кузатилган. Бу дегани, лейкоцитоз, ИЛИ ва НЖИ кўрсаткичларига асосланиб, нафақат ўткир аппендицит борлиги, балки унинг морфологик шакли ҳақида гапириш мумкин.

Шундай қилиб, клиник, параклиник ва лаборатор кўрсаткичлар асосида асосий ва қиёсий гуруҳларда 62,6% кузатувларда ўткир аппендицитни верификациялаш имкони бўлган.

Ўрганилган УТ бевосита белгилари (деворлар қалинлишиши, ичакда суюқлик сатхи аниқланиши ва чувалчангсимон ўсимта диаметри катталаниши) ўткир аппендицит ташхисини қўйишда клиник аҳамиятли ва унинг деструктив шаклларида кўпроқ учрайди дейишимиз мумкин.

Ўткир аппендицит ташхисини биринчи 2-4 соат ичида клиник, лаборатор ва УТТ ташхислаш усуллари ёрадида тасдиқлаш ёки инкор этиш имкони бўлмаса, бу диагностик лапароскопияга кўрсатма деб ҳисобланган.

Бевосита лапароскопик белгилар 5 нафар (19,2%), билвоситалар 3 (11,5%) нафарида аниқланди. Манипулятор (5 мм) 2 та беморда қўлланилди, бунинг учун манипуляторни лапароскопик назорат остида ўнг ёнбош соҳадан киритилган.

Ҳомиладорликнинг III триместрида ўткир аппендицитни ташхислаш. Асосий гуруҳдаги 12 (13,3%) нафар бемор, қиёсий гуруҳда 5 (11,1%) нафар бемор ҳомиладорликни 3 триместрида бўлган. Беморлар ёши 19 дан 34 гача, ўртача ёш $25,0 \pm 0,8$ (Me=25) ёшни ташкил этган.

Ўткир аппендицитнинг деструктив шакллари (83,3%), катарал аппендицитга (16,6%) нисбатан кўпроқ учрайди. Гангреноз кўринишдаги аппендицит ташхисланган 3та кузатув чувалчангсимон ўсимта перфорацияси ва тарқоқ перитонит билан асоратланган.

Қиёсий гуруҳда ҳам ўткир аппендицитнинг деструктив шакллари (80%), катарал аппендицитга (20%) нисбатан кўпроқ учраган. Асосий гуруҳдаги 3 та (25%) беморда оғриқлар эпигастрал соҳада, 9 тасида (75%) ўнг ёнбош ва қорин пасти соҳаларида бошланган.

Ҳомиладорликнинг 1 ва 2 триместрлари билан таққосланганда, 3 триместрда оғриқ аксарият ҳолда (75%) қориннинг пастки соҳаларидан бошланган. Яна бир эътиборли тарафи, деструктив аппендицит бу гуруҳда кўплигига карамасдан мушак химоя таранглиги белгиси фақатгина 33,3% ҳолатда, юрганда оғриқ кучайиши эса 75% кузатувда қайд этилган.

Асосий гуруҳда Бартомье-Михельсон, Грегори (83,3%), Шёткин-Блюмберг, Ситковский, Черёмский (75%), Барадулин (58,3%), Брендон, Ларош (41,6%) Ризван (33,3%), Ровсинг, Раздольский (25%) патологик белгилари аниқланди. Кўриниб турибдики, ҳомиладорликнинг 1 ва 2 триместрида клиник аҳамият касб этган айрим белгилар (Шёткин-Блюмберг, Ситковский, Бартомье-Михельсон, Черёмский, Ровсинг, Раздольский) 3 триместрда камроқ учраган. Махаллий оғриқ симптомларини аниқроқ белгилаш учун, текширувни беморни чап ёнбошига ётказилиб ўтказилди (шунда ҳомиладор бачадон чапга силжиши ҳисобига илиоцекал бурчак пайпаслаш учун очилади).

Асосий гуруҳда параклиник белгилар 83,3%, қиёсий гуруҳда 86,6% ҳолатларда кузатилган. Бунга асосланиб 1 ва 2 триместрга нисбатан 3 триместрда ушбу белгилар, ўткир аппендицит ташхисини қўйишда клиник аҳамиятли дейишимиз мумкин.

Лейкоцитларнинг $10,0-12,0 \times 10^9/\text{л}$, ИЛИ $0,5-1,5$ ва НЖИ $6,0-6,2$ кўрсаткичлари асосий гуруҳда ҳам деструктив, ҳам катарал ўткир аппендицитда кузатилган, лейкоцитларни $>12,0 \times 10^9/\text{л}$, ИЛИ $1,5$ дан, НЖИ $6,2$ дан дан ортган ҳолатлар эса фақат деструктив шаклларида қайд этилган. Бундан хулоса қилиб айтиш мумкинки, лейкоцитоз, ИЛИ ва НЖИ кўрсаткичларига асосланиб нафақат ўткир аппендицит мавжудлиги, балки унинг морфологик шакли ва яллиғланиш жараёни жадаллиги ва кечиши ҳақида тахмин қилиш мумкин.

Тадқиқотдаги ҳомиладорликнинг 3 триместридаги беморларнинг $66,6\%$ клиник, параклиник ва лаборатор тадқиқотлар асосида ўткир аппендицит ташхиси қўйилди.

Ҳомиладорликнинг 3 триместрида асосий гуруҳдаги 12 нафар беморга УТТ ўтказилди ва улардан 4 нафарида ($33,3\%$) ўткир аппендицитнинг абсолют ва нисбий белгилари аниқланди.

Чувалчангсимон ўсимта диаметри 6 мм дан, унинг девори қалинлиги 2 мм дан ортиқлиги, ичакда суюқлик сатхи аниқланиши ва ингичка ичак атонияси клиник аҳамиятли белгилар бўлиб, ҳомиладорликнинг 3 триместрида ўткир аппендицитнинг фақат деструктив шаклларида кузатилади.

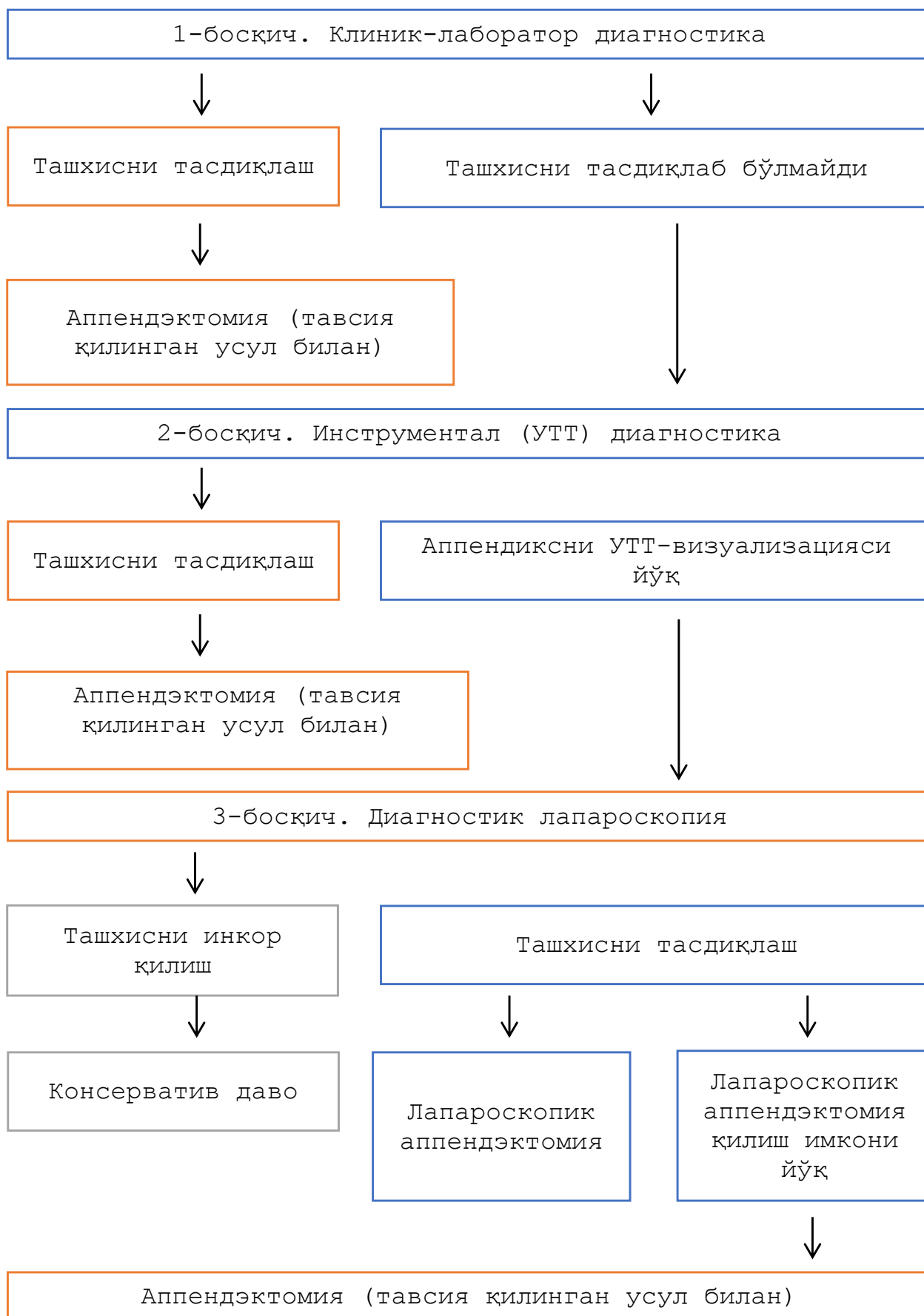
Ҳомиладорларда ўткир аппендицитни ташхислаш алгоритми. Оғриқнинг давомийлиги ва ҳомиладорлик муддатига қарамасдан ўткир аппендицитни клиник тасдиқланган ташхиси зудлик билан хирургик аралашувни талаб қилади.

Тадқиқот олиб борилаётган гуруҳларда касалхонага ётқизишдан олдинги босқичидаги, айниқса ҳомиладорлик муддатини чўзилиши билан боғлиқ диагностик хатолар юқори фоизни ташкил этди. Тадқиқотнинг ретроспектив кичик гуруҳларида ўткир аппендицитга шубҳа қилинган 45та ҳомиладор аёлдан бу ташхис илк 4-8 соатида 34% да, проспектив гуруҳдаги 90та ҳомиладор аёлдан $44,4\%$ да тасдиқланган, бу эса ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитни диагностикасидаги қийинчиликларни яққол кўрсатади. Ҳомиладорликнинг II ва III триместрларида ташхислашдаги хатоликлар $16,7\%$ да кузатилган. Йўлланмадаги нотўғри ташхислар: ҳомиладорликни муддатдан аввал тўхташ хавфи, ўткир пиелонефрит, буйрак санчқиси, гастрит, ўн икки бармоқли ичак яраси, "ўткир қорин". Ташхислашдаги хатолар нотўғри госпитализация, ташрихни кечиктириш ва бошқа асоратларни келтириб чиқаради.

Бундай хатоларга йўл қўймаслик, диагностика протоколини оптималлаштириш ва мақбул ташрих усулини танлаш учун биз "ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитни ташхислаш ва даволаш алгоритми"ни ишлаб чиқдик (1-расм).

Ушбу алгоритм асосий гуруҳнинг барча 90та беморларида қўлланилди.

Биринчи босқичда барча тадқиқот гуруҳларидаги ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит ташхиси оғриқли ва параклиник симптомлар, ҳамда лаборатор кўрсаткичларни баҳолаш натижасида асосланган.

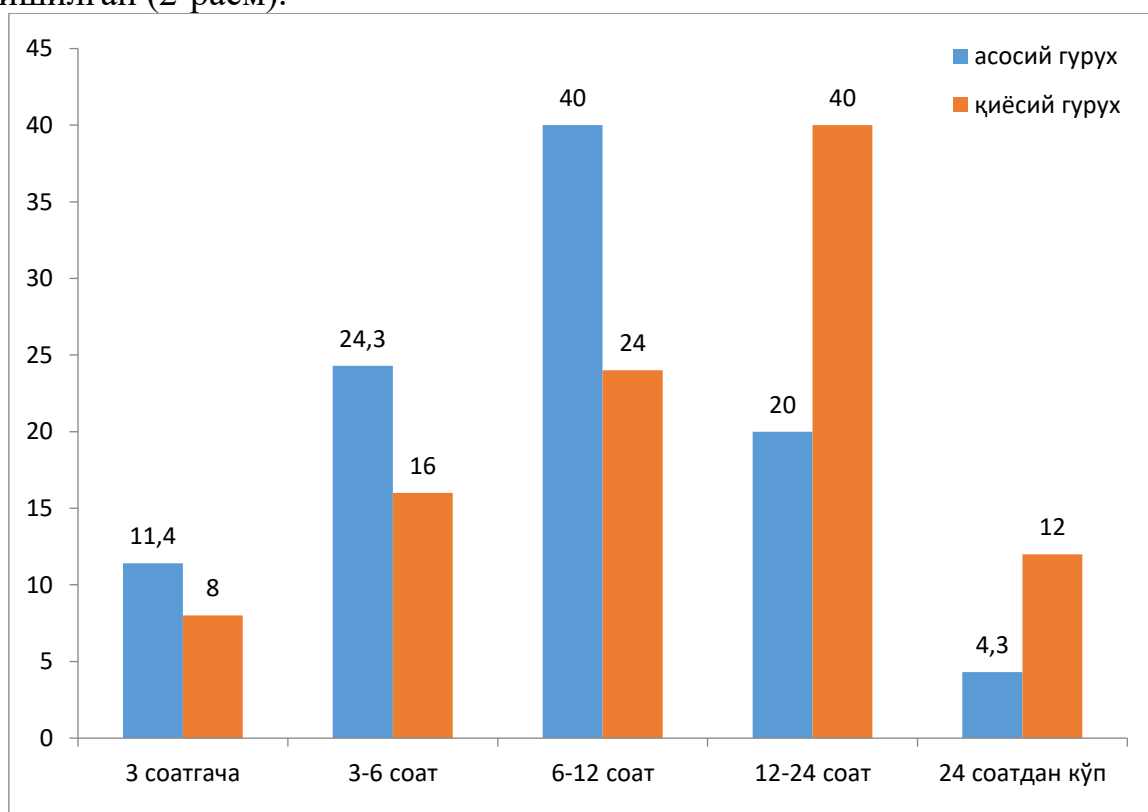


1-расм. Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицитни ташхислаш ва даволаш алгоритми.

Иккинчи диагностик босқич сифатида асосий гуруҳдаги барча ҳомиладор аёлларда қорин бўшлиғи УТТ текшируви қилинган.

Диагностик лапароскопия алгоритмининг 3-босқичи бўлиб, 2-4 соат ичида ўткир аппендецит ташхисини на тасдиқланиб на истисно қилиб бўлмаган ҳолларда, I- ва II- триместрда бўлган асосий гуруҳдаги ҳомиладор аёлларда қўлланилган.

Икки гуруҳ таққосланилганда асосий гуруҳда (таклиф этилган ташхислаш ва даволаш алгоритми қўлланилган) дастлабки 3 соат ичида 11,4% беморда аниқ ташхис ўрнатилишга эришилган, қиёсий гуруҳда (таклиф этилган ташхислаш ва даволаш алгоритми қўлланилмаган) эса 8% беморда. Дастлабки 3-6 соат оралиғида ўткир аппендицит ташхисини асосий гуруҳнинг 24,3%, қиёсий гуруҳнинг 16% ҳомиладор аёлларига ўрнатишга эришилган. Асосий гуруҳда аксарият беморларга ташхисни верификация қилишга 6-12 соат вақт сарфланган, қиёсий гуруҳда эса – бир суткагача муддат керак бўлган (икки гуруҳда ҳам 40%дан). Таклиф этилган ташхислаш ва даволаш алгоритминини қўлланилганда дастлабки 12 соат мобайнида 76,7% беморда аниқ ташхис қўйилган, бошқа ҳолатларда эса бу натижа 48% беморда эришилган (2-расм).



2-расм. Асосий ва қиёсий гуруҳларда ҳомиладорлик муддати ва ташхис аниқланиши вақтига қараб беморларнинг тақсимланиши

Ҳомиладорликнинг турли триместрларида ўткир аппендицитни ташхислаш ўзига яраша машаққатли эканлигини ва ташхислашдаги хатоликлар ва кечикишлар турли акушерлик ва жарроҳлик асоратларга олиб келиши мумкинлиги маълум. Бу масалани ечиш йўлида биз ишлаб чиққан ва таклиф этган босқичли ташхислаш ва даволаш алгоритминини қўлланилиши

орқали ҳомиладорларда ўткир аппендицит ташхисини аниқлаш муддатларини 1,6 баробарга қисқартиришга эришилди.

Диссертациянинг тўртинчи бобида «**Ҳомиладорларда ўткир аппендицитни хирургик даволаш натижалари**» таҳлил қилинган.

Қиёсий гуруҳ беморларини хирургик даволаш натижалари. Ўткир аппендицит ташхиси верификациясидан сўнг 25 нафар беморда типик аппендэктомия ўтказилди. Асосий муаммо хирургик бориш йўлини танлашда бўлган. Бориш йўлини танлаш мезонлари, устунлик ва камчиликлар юқорида кўрсатиб ўтилган. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмида оптимал усул деб видеолапароскопия топилган, бироқ уни ўтказиш имкони бўлмаган ҳолатларда “анъанавий” очик аппендэктомия ўтказилган. Қиёсий гуруҳнинг 25 нафарида ўнг ёнбош соҳасидан Волкович-Дяконов бўйича кесма амалга оширилган. Ушбу усулни фақат чувалчангсимон ўсимта перфорацияси эхтимоли инкор қилинган қўлланилган. Туғруқ вақтида, ўсимта перфорациясида ва аппендицитнинг асоратли шаклларида оптимал хирургик йўли деб ўрта лапаротомия топилган. Бундай ҳолат бу гуруҳда кузатилмаган.

Қиёсий гуруҳда 25 (100%) нафар беморда Волкович-Дяконов бўйича “анъанавий” очик аппендэктомия ўтказилди. Ушбу гуруҳда 6 аппендэктомиядан кейин ҳомиладорликни эрта тўхтатиши хавфи белгилари кузатилган. Улардан 2 нафари – I триместрда, 2 таси – II триместрда ва 2 таси III триместрда ҳомиладор аёллар бўлган.

Қиёсий гуруҳда аппендэктомиядан кейинги ҳомиладорликни тўхташ хавфи белгилари кузатилганда, ҳомиладорликни сақлашга мўлжалланган медикаментоз профилактика ўтказилмаган.

Ҳомиладорликни тўхтатиши (ўз-ўзидан бўйидан тушиш) 2 нафар беморда (17-18 ҳафта), муддатдан илгари туғруқ 2 нафар ҳомиладорда кузатилди (35 ҳафта).

Ушбу гуруҳдаги ҳомиладор беморларнинг барчасида ўнг ёнбошдан эгри кесма амалга оширилган. Айтиб ўтиш жоизки, ёнбошдан эгри кесма орқали киришда беморни жаррохлик столида бир оз чапга оғиб ётиши бачадонни силжиши ва визуализацияни яхшиланишини таъминлайди.

Флегмоноз турдаги аппендицитда ташрих давомийлиги бориш йўлидан қатъий назар ошди. Бу айрим хирургик қийинчиликлар билан боғлиқ эди. Шунингдек, ҳомиладорликнинг II триместрида аппендэктомияни Волкович-Дяконов усулида бориш билан амалга оширишда жароҳатланиш даражаси, ташрих ўртача давомийлигини ошиши билан бир вақтда, ўнг латерал канал ревизиясига мутаносиб шароит йўқлигини айтиш мумкин. Ташрих ўртача давомийлиги $54,2 \pm 1,2$ дақиқани ташкил этди.

Волкович-Дяконов бўйича бориш йўли қўлланилганда ташрих вақти ҳомиладорлик муддатига мутаносиб ўсиши аниқланди. Анестезиологик қўлланмани танлаш қуйидагича бўлган: типик аппендэктомияни бажаришда бемор умумий ҳолати стабил бўлса, спинал ёки эпидурал анестезия қўлланилган. Бемор умумий ҳолати оғир бўлса, жаррохлик амалиёт кўлами кенгайиши, қорин бўшлиғи аъзоларини ревизияси ва дренажлаш тахмин қилинаётган бўлса эндотрахеал наркоз афзал деб ҳисобланган.

Қиёсий гуруҳда 1-триместрдаги барча (12 та) беморларга очик анаънавий аппендэктомия ўнг ёнбош соҳасидан Волкович-Дяконов хирургик бориш йўли орқали маҳаллий анестезия билан амалган оширилган. Беморларга қўйидаги ташхис ўрнатилган: 9 нафарида – катарал, 2 нафарида – флегмоноз, биттасида – гангреноз ўткир аппендицит. Аппендэктомия ташрихидан кейинги қорин бўшлиғи дренажланган беморлар сони 2та бўлган. Ўтказилган ташрихлардан сўнг асоратлар кўзатилмаган. Ташрихлар техник қийинчиликларсиз ўтган.

Биз изланишларимиз давомида шундай тўхтамга келдикки – 1-триместрдаги ҳомиладор аёлларни ДЛ пайтида ўткир аппендицит ташхиси тасдиқланса, унда лапароскопик усул билан аппендицитни олиб ташлаш энг рационал усул ҳисобланади.

Қиёсий гуруҳда 12та хирургик аралашувлар Волкович-Дяконов хирургик бориш йўли билан ўтказилган. Ташрих техник қийинчиликларсиз ўтган. Анестезия тури – маҳаллий ва перидурал. Ташхис: 4 беморда – катарал ўткир аппендецит, қолган 4та беморда - деструктив ўткир аппендецит. Олтита беморга қорин бўшлиғига дренаж найчалари қўйилмаган, 2 ҳомиладор аёлларга кўрсатмага оид қўйилган.

Ҳомиладорликнинг 3-триместрида бўлган қиёсий гуруҳдаги жами 5 (ўткир аппендицитни 1-та катарал, 3-та флегмоноз ва 1та гангреноз тури) ташрих амалга оширилди. Барча хирургик кириш усуллар Волкович-Дяконов бўйича бажарилди. Ташрихлар ўртача давомийлиги $56,5 \pm 1,3$ дақиқани ташкил этган.

Ўткир аппендицитни флегмоноз ва гангреноз тури билан хасталанган 3-триместрдаги 2 беморга қорин бўшлиғига кўрсатма бўйича дренаж найчалари ўрнатилди. Беморни тана харорати ва лаборатор кўрсаткичлари нормаллашиши, найчалардан чиқаётган ажралмаларни тўхташи ва беморни активацияси - аппендэктомия ташрихидан сўнг ўрнатилган дренаж найчаларини олиб ташлашга кўрсатма ҳисобланиб 2-3-суткада олиб ташланди.

Аппендэктомия ўтказган ҳомиладор беморларда жаррохлик асоратлар кўрсаткичини юқорилигини эътироф этиб ўтиш лозим.

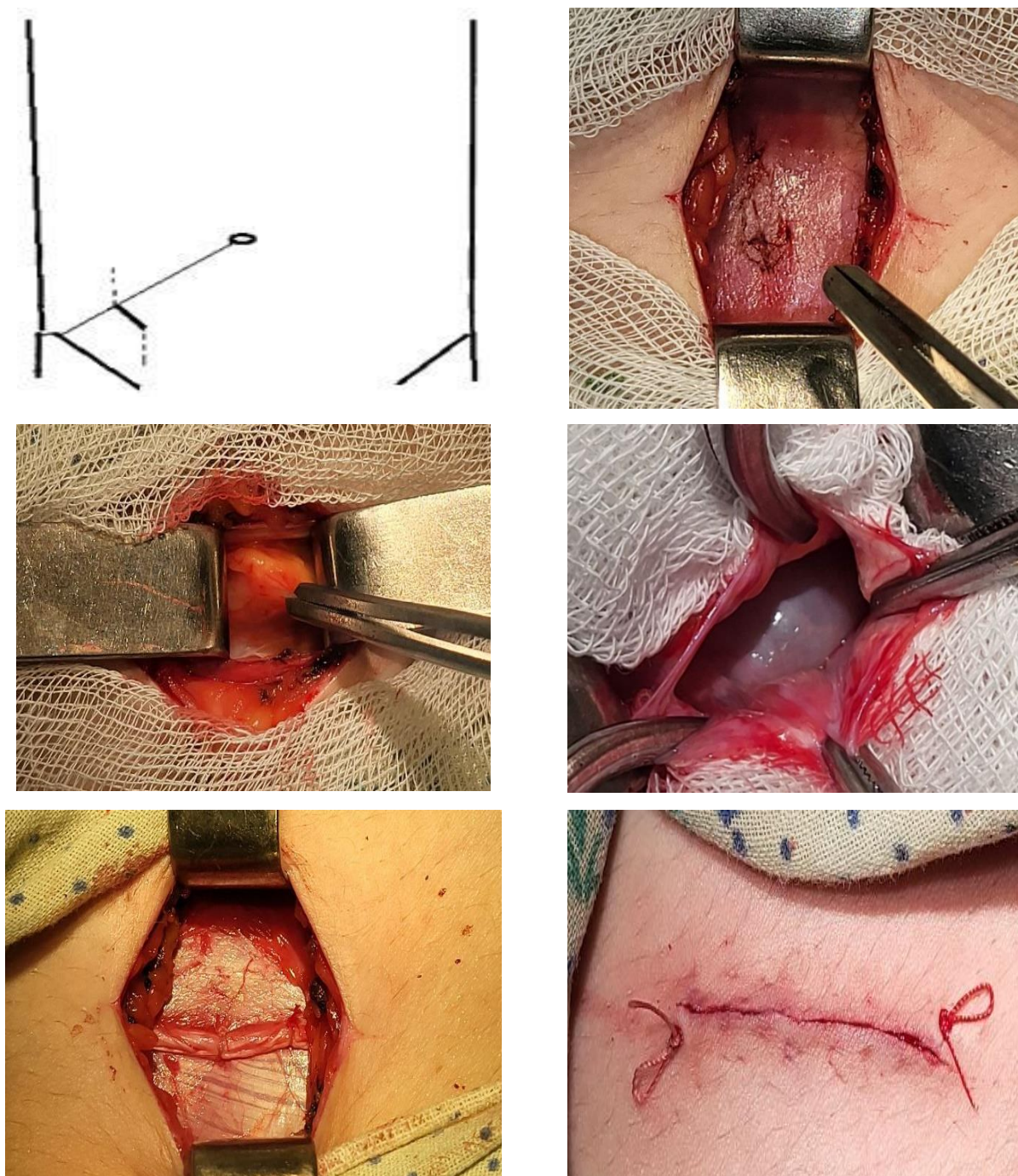
Ушбу асоратлар сабаби сифатида бир неча омиллар олинган:

- 1) беморни текшириш якунига етмай қолгани;
- 2) ташрихни кечкиши;
- 3) хирургик аралашув техникаси хусусиятлари;
- 4) ташрихдан кейинги даврни ҳомиладорларда кечиши хусусиятлари, хусусан, ҳомиладорликни муддатдан илгари тўхташи хавфи белгиларини жаррохлик асоратлар билан бирга кечиши;
- 5) ўтказилган ташрихдан кейин иммун статус пасайиши.

Ҳомиладорларда Волкович-Дяконов бўйича бориш йўли билан амалга оширилган аппендэктомияларнинг 11 тасида (24,4%) ташрихдан кейинги даврда давомий токолитик инфузион терапия ўтказилди. Ушбу усулда ҳомиладорларда амалга оширилган 4 (8,9%) аппендэктомиядан сўнг ташрихдан кейинги йирингли асоратлар кузатилган, сабаб – қорин бўшлиғи

етарлича ревизия ва санация бўлмаганлиги деб топилган. Ушбу гуруҳда ўткир аппендицит 2 (4,5%) ҳолатда перитонит билан асоратланди, 2 (4,5%) да жароҳат инфекцияси, 1 (2,2%) да ташрих чоки гематомаси кузатилган, ва 2 (4,5%) ҳолатда релапаротомия ўтказишга мажбур бўлинган.

Асосий гуруҳ беморларини хирургик даволаш натижалари. Асосий гуруҳда ҳам, лапароскопик ташрих ўтказиш имкони бўлмаган 90 та кузатувда очик аппендэктомия ўтказилган. Хирургик кириб бориш йўли биз томонимиздан таклиф этилган усулда амалга оширилган (“Ҳомиладорларда аппендэктомия қилиш учун жарроҳлик йўли билан кириш усули” FAP 2442-сонли фойдали модел учун патент, 29.08.2023 й.).



3-расм. Ҳомиладорларда аппендэктомия қилиш учун жарроҳлик йўли билан кириш усулининг бажарилиш техникаси

Ушбу усул кўйидагича амалга оширилади. Бемор горизонтал ҳолатда чалқанча ётади. Жароҳ беморга нисбатан ўнгда, ассистент – чапда туради. Тери ва тери ости ёғ қатламини киндикни ёнбош суякнинг юқори олдинги қирраси билан боғловчи чизикни ташқи ва ўрта учдан бири орасида жойлашган Мак-Бурней нуқтасидан бошлаб кесилади.

Юқоридаги чизикқа перпендикуляр тарзда пастга 2-4 см кесилади. Қорин ташқи эгри мушаги апоневрозини тери кесмаси ва апоневротик толалар бўйлаб очилади. Жароҳат иккала бурчагида апоневроз кесмасини юқорига ва пастга қорин тўғри мушаги четига параллел тарзда 2 смга давом эттирилади. Қорин ички эгри мушаги ва қорин кўндаланг мушакларини толалар бўйлаб ўтмас йўлда очилади. Мушаклар илгаклар билан жароҳат бўйидан тортилади, сўнг қорин пардаси очилиб аппендэктомия амалга оширилади.

Ушбу усул ёрдамида 49 та беморда аппендэктомия бажарилди (6-жадвал).

6-жадвал

Асосий гуруҳда беморларни ташриҳ турига кўра тақсимланиши

Хирургик кириб бориш йўли	Ташриҳлар сони		
	1-триместр	2-триместр	3-триместр
Лапароскопик	10 (58,9%)	7 (41,1%)	-
Таклиф этилган усул	22 (44,9%)	19 (38,8%)	8 (16,3%)
Ўрта лапаротомия	-	-	4 (100%)

Ҳомиладорликнинг 1-триместрида ўткир аппендицит ташхиси клиник, лаборатор, УТТ ва параклиник текшириш усуллари ёрдамида ўрнатилган. Ушбу ташхис асосий гуруҳдаги 22 беморга қўйилиб (68,7%), уларни барчаси ҳомиладорликнинг 1-триместрда бўлишган. Ташриҳ вақтидаги оғриқсизлантириш тури – маҳаллий бўлган. Ҳомиладор аёлларга аппендэктомия ташриҳи таклиф этилган бориш йўли орқали анаънавий очик усулда қилинган (7-жадвал).

7-жадвал

Асосий гуруҳни биринчи триместрдаги ҳомиладор аёлларида ўтказилган ташриҳлар турлари

Ўткир аппендицитнинг шакли	Ташриҳ тури				Ўтказилган ташриҳлар сони
	ОАЭ	ЛС+ОАЭ	ЛАЭ	ДЛ	
Катарал	17	2	4	-	23
Деструктив	5	1	1	-	7
Яллиғланишсиз	-	-	-	2	2
Жами	22	3	5	2	32

Яна 3та беморга (биттасига - катарал аппендицит, иккитасига - деструктив ўткир аппендицит) кўшимча умумий анестезия қўлланилган. Кўшимча анестезияни қўллашга сабаб – беморларни эмоционал лабиллиги. Қорин бўшлиғини дренажлашга кўрсатмалар ҳеч қайси бир ҳолатда бўлмаган.

Асосий гуруҳдаги 19 беморда (73%) қўшимча инструментал текширувлар зарурати бўлмаган. Уларда ташхис клиник, лаборатор, УТ ва параклиник текширувлар асосида қўйилган. Анестезия тури – умумий ва перидурал. Анаънавий аппендэктомия хирургик кириб бориш – биз таклиф қилган методика бўйича амалган оширилган. Ушбу хирургик кириб бориш 15 беморда қўлланилган (8-жадвал).

8-жадвал

Асосий гуруҳда ҳомиладорликни 2-триместрда ўтказилган хирургик ташрихлар тури

Ўткир аппендицитни клиник шакли	Ташрих тури			Ташрихлар сони
	ОАЭ	ЛС+ОАЭ	ДЛ	
Катарал	8	3	-	11
Деструктив	11	2	-	13
Яллиғланишсиз	-	-	2	2
Жами	19	5	2	26

Ҳомиладорликнинг 2-триместридаги 19 нафар ҳомиладор аёлларда аппендэктомия ташрихи қорин бўшлиғига дренаж найчаларини ўрнатмасдан ўтказилган. Ўткир аппендицитни флегмоноз тури билан кўрсатмалари бўлган (30-40 мл. лойқа суюқлик аниқланган) 5та ҳомиладор аёлларда қорин бўшлиғига дренаж найчаларини ўрнатилган. Ушбу суюқликдан микрофлора ва антибиотикка сезувчанликка суртма олинган. Ҳомиладорликни 2-триместрида ўтказилган аппендэктомия техник қийинчиликларсиз ўтди.

Ҳомиладорликнинг 3-триместрида умумий ва перидурал анестезия тури қўлланилган. Таклиф қилинган хирургик бориш йўли билан очик аппендэктомия ўтказилди (ОАЭ). Техник қийинчиликларсиз ўтган барча ташрихлар давомийлиги 55 дақиқадан 90 дақиқагача (9-жадвал).

9-жадвал

Асосий гуруҳда 3-триместрда аппендэктомия ташрихида қўлланилган хирургик бориш йўллари

Ўткир аппендицитни клиник тури	Хирургик бориш йўли турлари		Ташрихлар сони
	Ўрта чизик бўйича лапаротомия	Таклиф қилинган бориш йўли	
Катарал аппендицит	-	2 (16,6%)	2 (16,6%)
Флегмоноз аппендицит	-	5 (41,6%)	5 (41,6%)
Перитонит билан асоратланган флегмоноз аппендицит	1 (8,3%)	-	1 (8,3%)
Гангреноз аппендицит	-	1 (8,3%)	1 (8,3%)
Перитонит билан асоратланган гангреноз аппендицит	3 (25%)	-	3 (25%)
Жами	4 (33,3%)	8 (66,6%)	12(100%)

Чувалчангсимон ўсимта тешилиши ва перитонит билан асоратланган деструктив ўткир аппендицит 4та ҳомиладор аёлларда ўтказилди (1та беморда перитонит билан асоратланган ўткир аппендицитни флегмоноз тури кузатилган, аппендиксни тешилиши ва перитонит билан асоратланган ўткир аппендицитни флегмоноз тури 3 беморда кўзатилган). Ҳомиладорлик муддатлари: биринчи беморда 28 хафта, қолган 3та беморда – 32, 35 ва 36 хафта. Ушбу гуруҳда аппендицит 2 (2,2%) ҳолатда перитонит билан асоратланди. Шунингдек, ушбу гуруҳда 3 (3,3%) нафар беморда жароҳат инфекцияси, 2 (2,2%) ташрих жароҳати гематомаси кузатилган ва 2 (2,2%) нафар беморларда релапаротомия ўтказилилган.

Қиёсий гуруҳда ҳомиладорликнинг 1-триместридаги 2 нафар (16,6%) беморда аппендэктомия ташрихидан сўнг 2-3 суткада ҳомилани тўхташи симптомлари кузатилган. Иккала беморда ўткир аппендицит тури флегмоноз бўлган. Ҳомиладорликни муддати 8 ва 10 хафта бўлган. Ҳомилани сақлаш мақсадида иккала бемор гинекология бўлимига ўтказилган. Қиёсий гуруҳда ҳомилани сақлашга қаратилган медикаментоз профилактика ўтказилмаган.

Ҳомиладорликнинг 2-триместрида аппендэктомия ташрихидан сўнг ҳомилани тўхташ хавфи 2та беморда (25%) 3-суткада кузатилди. Ҳомиладорлик муддати 17 ва 18 хафта. Ўткир аппендицитни тури – флегмоноз. Улар гинекология бўлимига ўтказилди. Кейинчалик уларда ҳомилани ўз-ўзидан тушиб кетиши ҳолати рўй берди. Уларда жароҳат томондан асоратлари кузатилмади, чоклар олинди. 7-8 суткадан кейин бта бемор яшаш жойи бўйича акушер-гинеколог назоратига чиқарилди.

Қиёсий гуруҳда ҳомиладорликнинг 3-триместрида флегмоноз ва гангреноз аппендицитда аппендэктомия ташрихидан сўнг 3-суткада ривожланган ҳомилани муддатдан олдин туғилиши хавфи 2та беморда (40%) қайд этилди. Акушер-гинекологни кўригидан сўнг иккала беморлар гинекология бўлимига ўтказилган. У ерда ўткир аппендицитни гангреноз тури билан ҳастланган битта бемор (50%) муддатдан олдин туғди (муддати 35 хафта, сабаби: нормал жойлашган йўлдошни кўчиши), иккинчи беморда ҳомиладорлик сақлаб қолинди. Дори воситалар билан профилактика ўтказилмаган. Беморлар яшаш жойи бўйича чоклар олиниб акушер-гинеколог назоратига чиқарилди.

Асосий гуруҳда аппендэктомия ташрихидан сўнг ривожланган ҳомилани муддатдан олдин туғилиши хавфи 4та беморда (33,3%), муддатдан олдин туғиш – 2та беморда (50%) кузатилган. 2та беморда ҳомиладорлик сақлаб қолинган. Қиёсий гуруҳда ушбу кўрсаткич, яъни ҳомилани муддатадан аввал туғилиши хавфи 40% беморда кузатилиб, улардан 50%да кесар кесиш орқали ҳомилани туғдириш ташрихи ўтказилган.

Ҳомиладорликда энг оптимал хирургик кириш йўли ва хирургик усули - бу чувалчангсимон ўсимтани перфорация белгилари ёки ўткир аппендицитнинг бошқа асоратлари бўлмаса, таклиф қилинган хирургик кириш йўли орқали аппендэктомия қилишдир. Ушбу техникадан фойдаланиш операциянинг ўртача давомийлигини анъанавий усулларга нисбатан $12,3 \pm 0,9$ дақиқага қисқартиришга имкон беради.

Ҳомиладорлик муддатини ошишига мутаносиб хирургик асоратлар частотасининг ошиши нафақат бевосита аппендэктомиянинг техник қийинчиликлари билан, балки жарроҳлик кириш турига ҳам боғлиқ. Ҳомиладорлик муддатининг ошиши ва Волкович-Дяконов усули ёрдамида амалга оширилган аппендэктомия билан ташрихдан кейинги жароҳатнинг йиринглаши ўрта лапаротомияга қараганда 12,3% кўпроқ учрайди. Бу шуни кўрсатадики, қийшиқ ўзгарувчан кесма кўпроқ шикастлидир, чунки ҳомиладорликнинг кеч даврида қорин бўшлиғини тўлиқ санація қилиш имконини бермайди. Аммо шу билан бирга, жарроҳлик пайтида тавсия этилган кесмадан фойдаланиш, анъанавий хирургик киришларга нисбатан дастлабки икки триместрда асоратларни 5,6% га камайтиради.

Ҳомиладорликнинг 1 ва 2-триместрида аппендэктомия бажаришда асосий хирургик кириб бориш йўли - биз таклиф қилган методика бўйича бажарилган тери кесмалари бўлган. Ҳомиладорликнинг 3-триместрда ўткир аппендицитни асоратланган деструктив турларида хирургик бориш йўли – ўрта чизикдан қилинган лапаротомия бўлса, ўткир аппендицитни асоратланмаган турларида эса – таклиф қилинган кесма орқали амалга оширилса мақсадга мувофиқ бўлади.

ХУЛОСА

1. Лейкоцитоз, интоксикация лейкоцитар индекси ва нейтрофиллар жавоб индекси кўрсаткичларига асосланиб, нафақат ўткир аппендицит борлиги (79,8%), балки унинг морфологик шаклини башоратлаш мумкин. Шунингдек, УТТда ўсимта деворининг қалинлиши, ичақда суюқлик сатхи аниқланиши ва чувалчангсимон ўсимта диаметри катталаниши ўткир аппендицит ташхисини кўйишда клиник аҳамиятли ва унинг деструктив шаклларида кўпроқ учраши (84,6%) аниқланган.

2. Таклиф этилган ташхислаш ва даволаш алгоритмини қўлланилганда дастлабки 12 соат мобайнида 76,7% беморда аниқ ташхис қўйилган, стандарт ёндашувда эса бу натижа 48% беморда эришилган. Таклиф этган босқичли ташхислаш ва даволаш алгоритмини қўлланилиши орқали ҳомиладорларда ўткир аппендицит ташхисини аниқлаш муддаталарини 1,6 баробарга қисқартиришга эришилди.

3. Ҳомиладорлик муддатининг ошиши ва анъанавий усуллар ёрдамида амалга оширилган аппендэктомия билан ташрихдан кейинги яра абсцесслари ўрта лапаротомияга қараганда 12,3% кўпроқ учрайди. Аммо шу билан бирга, жарроҳлик пайтида тавсия этилган кесмадан фойдаланиш, анъанавий хирургик киришларга нисбатан дастлабки икки триместрда асоратларни 5,6% га камайтиради.

4. Чувалчангсимон ўсимтани перфорация белгилари ёки ўткир аппендицитнинг бошқа асоратлари бўлмаса, таклиф қилинган хирургик кириш йўли орқали аппендэктомия қилиш ташрихнинг ўртача давомийлигини анъанавий усулларга нисбатан $12,3 \pm 0,9$ дақиқага қисқартиришга имкон беради.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
ПРИ АНДИЖАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ
ИНСТИТУТЕ ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ**

АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАСИМОВА САХИБАХОН АБДУВАСИЛОВНА

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

Андижан – 2025

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии Республики Узбекистан за № B2024.2.Phd/Tib3215.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.adti.uz) и Информационно-образовательном портале «Ziynet» (www.ziynet.uz).

Научный руководитель: **Кадиров Шавкат Номонович**
доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **Хакимов Мурод Шавкатович**
доктор медицинских наук, профессор

Яриев Алишер Алижанович
доктор медицинских наук

Ведущая организация: **Бухарский государственный медицинский институт**

Защита состоится «___» _____ 2025 г. в ___ часов на заседании Научного Совета DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 при Андижанском государственном медицинском институте по присуждению ученых степеней (Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50; e-mail: info@adti.uz, Андижанский государственный медицинский институт).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Андижанского государственного медицинского института (зарегистрирована за №___). Адрес: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Атабекова, 1. Тел/факс: (+99874) 223-94-50.

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2025 года.
(реестр протокола рассылки № ___ от _____ 2025 года).

М.М. Мадазимов

Председатель научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

М.Ф. Нишанов

Ученый секретарь научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

Б.Р. Абдуллажанов

Председатель научного семинара при научном совете по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. По последним данным, опубликованным Всемирной организацией здравоохранения в 2020 году, смертность от аппендицита в Узбекистане составила 0,02% от общего числа смертей. По возрастному показателю смертность составляет 0,11 на 100 000 населения, что ставит Узбекистан на 135-е место в мире ¹. Острый аппендицит является наиболее частой причиной неакушерского острого живота во время беременности, встречаясь примерно у 1 из 1500 беременных женщин ². Аппендицит чаще встречается во втором триместре беременности, чем в первом или третьем триместре. Острый аппендицит во время беременности может увеличить риск неблагоприятных исходов беременности. Потеря плода обычно происходит у 3–15% женщин, перенесших сложную аппендэктомию в первом триместре. Однако этот показатель может достигать 20–30 процентов, при этом частота преждевременных родов составляет 15–45 процентов, а риск самопроизвольного аборта значительно возрастает, равно как и перинатальная заболеваемость и смертность. В связи с этим совершенствование диагностики и лечебной тактики острого аппендицита во время беременности по сей день сохраняет большое значение.

В мировой практике в настоящее время разработка научно обоснованных клинических рекомендаций для беременных пациенток с хирургической патологией, в том числе аппендицитом, остается наиболее актуальной проблемой. Проводится ряд целевых научных исследований, наиболее актуальными из которых являются диагностическая ценность аппендицита шкала воспалительной реакции. и исследования, направленные на определение чувствительности и специфичности клинических систем оценки с использованием данных магнитно-резонансной томографии при остром аппендиците у беременных женщин, а также многоцентровые исследования по определению безопасности аппендэктомии во время беременности на основе существующих метаанализов.

Современные аспекты развития отечественного здравоохранения включают множество мер, направленных на улучшение результатов лечения острой хирургической патологии у беременных за счет внедрения современных принципов и методов диагностики и хирургического лечения. В стратегию развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы по семи приоритетным направлениям включены задачи по повышению качества оказания населению квалифицированных медицинских услуг³. Реализация данных задач, в том числе, совершенствование тактики диагностики и

¹<https://www.worldlifeexpectancy.com/ru/uzbekistan-appendicitis>

² Явуз Й., Сентюрк М., Гюмюш Т., Патмано М. Острый аппендицит во время беременности. Улус Травматология Неотложная хирургия Журнал . 2021 Январь;27(1):85-88. Английский. doi : 10.14744/tjtes.2020.22792. PMID: 33394465.

³Указ Президента РУз от 28.01.2022 г. № УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы». Сборник законодательных актов

лечения острого аппендицита во время беременности, является одним из наиболее актуальных направлений неотложной хирургии и медицины в целом, что обусловлено высокой медицинской и социальной значимостью этой патологии.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» за №УП-5590 от 17 декабря 2018 года, Постановлениями Президента Республики Узбекистан «О повышении качества и дальнейшем расширении охвата медицинской помощью, оказываемой женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям» за №ПП-4513 от 8 ноября 2019 года и «О мерах по трансформации хирургической службы, повышению качества и расширению масштаба хирургических операций в регионах» за №ПП-5254 от 4 октября 2021 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие темы диссертации приоритетным направлениям научно-исследовательских работ в республике. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Острый аппендицит (ОП) является одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости и остается серьезной проблемой общественного здравоохранения во всем мире⁴. У беременных женщин ОП является серьезным заболеванием, поскольку представляет угрозу здоровью матери и плода, а также может стать причиной хирургических, акушерских, экстрагенитальных и перинатальных осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Острый аппендицит необходимо диагностировать своевременно, так как задержка может привести к перфорации червеобразного отростка, что вызывает материнскую (1-4%) и внутриутробную смертность (1,5-35%), однако диагностика аппендицита во время беременности считается сложной из-за изменений в анатомических, физиологических и лабораторных показателях, требующих соответствующих диагностических исследований. Своевременно и оптимально выбранная хирургическая тактика обеспечивает положительные результаты для здоровья матери и плода. Во время беременности помимо частых симптомов, таких как тошнота, рвота и боль в животе, диагностику острого аппендицита затрудняют повышение уровня лейкоцитов и ограниченные возможности рентгенологических методов⁵. Зиганшин А.М. и соавт. (2019) отмечают, что самым простым и диагностически ценным методом диагностики острого аппендицита является клиническая оценка состояния. Однако, несмотря на

⁴ Гуань Л. и др. Глобальное, региональное и национальное бремя аппендицита в 204 странах и территориях, 1990-2019 гг.: систематический анализ из Глобального исследования бремени болезней 2019 г. *BMC Gastroenterol.* 22 февраля 2023 г.;23(1):44.

⁵ Хасанов А.Г. и т. д. Диагностика и тактика лечения острого аппендицита у беременных с большими сроками гестации // *Креативная хирургия и онкология.* 2019; 9(2) . С. 100 - 105.

то, что описано более 100 симптомов и признаков острого аппендицита, ни один из них не имеет самостоятельного значения во время беременности, родов или в послеродовом периоде⁶. Kozan R. и соавт. (2020) изучив взаимосвязь между клиническими проявлениями, хирургической тактикой и осложнениями у беременных женщин с подозрением на острый аппендицит, пришли к выводу, что факторы, связанные с беременностью, могут усложнять диагностику острого аппендицита.

В международных клинических рекомендациях отмечается, что диагностика пациентов с подозрением на острый аппендицит должна основываться на клинических системах оценки с целью оптимизации использования визуальной диагностики и предотвращения необоснованных хирургических вмешательств. Moltubak E. и соавт. (2024) изучив диагностическую точность шкалы воспалительной реакции при аппендиците (AIR) и ультразвуковой визуализации, пришли к выводу, что данную шкалу можно применять у беременных с подозрением на аппендицит⁷. Mantoglu B. (2020), проанализировав девять наиболее распространённых систем оценки для диагностики острого аппендицита во время беременности (Alvarado, Karaman, Lindberg, AIR, Ohmann, RIPASA, Fenyó-Eskelinen, Tzanakis, Lintula), установил, что использование шкалы RIPASA имеет прогностическую значимость в 94,4% случаев, однако выявил необходимость создания специальной системы оценки для диагностики острого аппендицита во время беременности⁸.

Хотя в некоторых исследованиях упоминается возможность консервативного лечения острого аппендицита^{9,10,11}, аппендэктомия, особенно у беременных женщин, считается стандартной стратегией лечения¹². По мнению Хасанова А.Г. и соавт. (2015), в первом триместре беременности рекомендуется использовать разрез Дьяконова-Волковича или проводить лапароскопическую аппендэктомию, во втором триместре аппендэктомия должна выполняться через параректальный разрез Ленандера или расширенный разрез Дьяконова-Волковича длиной не менее 8-9 см, для уменьшения негативного воздействия пневмоперитонеума целесообразно

⁶Зиганшин А.М., Кархани Х.М., Шарма Бхавна . Проблемы диагностики острого аппендицита у беременных // Медицинский вестник Башкортостана. Том 14, № 1 (79), 2019. С. 82-86.

⁷ Молтубак Э., Ландерхольм К., Бломберг М., Андерссон Р.Э. Проверка оценки воспалительной реакции аппендицита (AIR) во время беременности: вложенное исследование случай-контроль. Акад. Эмердж Мед. 2024 Апр 10.

⁸ Мантоглу Б. и др. Какая система оценки аппендицита наиболее подходит для беременных пациенток? Сравнение девяти различных систем. Всемирный журнал неотложной хирургии. 18 мая 2020 г.;15(1):34.

⁹ Ashbrook M, Cheng V, Sandhu K, Matsuo K, Schellenberg M, Inaba K, Matsushima K. Management of Complicated Appendicitis During Pregnancy in the US. JAMA Netw Open. 2022 Apr 1;5(4):e227555

¹⁰ Joo JI, Park HC, Kim MJ et al. Outcomes of antibiotic therapy for uncomplicated appendicitis in pregnancy. Am J Med. 2017. 130:1467-1469

¹¹ Carstens AK, Fensby L, Penninga L. Nonoperative treatment of appendicitis during pregnancy in a remote area. AJP Rep. 2018. 8:e37-e38

¹² Адамина М. и др. Краткие рекомендации EAES: систематический обзор, метаанализ, оценка GRADE и основанные на фактических данных европейские рекомендации по аппендициту во время беременности. Surg Эндоск . 2022 Декабрь ;36(12):8699-8712.

применять лапароскопические вмешательства с ассистенцией¹³. По мнению Kozan R. и соавт. (2020), хотя лапароскопическая аппендэктомия считается безопасным методом лечения, необходимо учитывать её связь с высоким риском потери плода¹⁴. Tumati A. и соавт. (2021) в крупном популяционном исследовании, охватывающем 1006 беременных женщин, которым на протяжении 10 лет проводилась как открытая, так и лапароскопическая аппендэктомия, подчеркнули, что лапароскопический метод обладает преимуществами по сравнению с открытым методом на любом триместре беременности¹⁵, однако тот факт, что выкидыш наблюдался исключительно у женщин, перенесших лапароскопическую операцию, ставит под сомнение данное заключение. Турбин М.В. и соавт. (2021) считают, что при острой хирургической патологии во время беременности лапароскопический доступ является безопасным и эффективным¹⁶. Согласно рекомендациям SAGES (Общество американских гастроинтестинальных и эндоскопических хирургов), опубликованным в 2024 году, при остром аппендиците у беременных применение лапароскопического метода целесообразно, если дно матки располагается ниже пупка, в случае, если матка находится выше пупка, лапароскопическая аппендэктомия может быть технически сложной, и выбор между открытым или лапароскопическим методом остаётся на усмотрение хирурга¹⁷.

Узбекские учёные опубликовали результаты многочисленных исследований, посвящённых диагностике и лечению острого аппендицита. В частности, Хаджибаев Ф.А. и соавт. (2022), проанализировав существующие диагностические шкалы при атипичных и редких формах острого аппендицита, отметили, что использование шкалы Alvarado позволяет сократить сроки госпитализации, снизить количество “негативных” аппендэктомий и уменьшить осложнения острого аппендицита, однако они подчеркнули, что во 2-3 триместрах беременности из-за недостаточного набора баллов по данной шкале невозможно точно подтвердить наличие острого аппендицита¹⁸. Камалов С.Ж. и соавт. (2023) изучили возможности биоимпедансометрии при остром аппендиците и установили, что данный метод позволяет получить объективную информацию о начальных нарушениях водного баланса в организме¹⁹. Акилов Х.А. и соавт. (2019) представили результаты лечения 6256 детей с острым аппендицитом и его

¹³ Хасанов А.Г. и др. Дифференцированная хирургическая тактика при остром аппендиците на разных сроках беременности // Пермский медицинский журнал, 2015, 32 (5). С.6-11.

¹⁴ Козан Р., Байхан Х., Сойкан Й., Анадол АЗ., Саре М., Айтак АБ. Острый аппендицит во время беременности: как лечить? Больница Шишли Этфаль Тип Бул. 11 декабря 2020 г.;54(4):457-462.

¹⁵ Tumati A. et al. Pregnant patients requiring appendectomy: comparison between open and laparoscopic approaches in NY State. Surg Endosc. 2021 Aug;35(8):4681-4690

¹⁶ Турбина М.В. и т. д. Лапароскопия при острой хирургической патологии у беременных // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета . 20 21 ; 3 (79) . С. 1 24-127

¹⁷ Кумар СС и др. Рекомендации SAGES по использованию лапароскопии во время беременности (2024). Хирургическая эндоскопия, 10.1007/s00464-024-10810-1.

¹⁸ Хаджибаев Ф.А., Каримов Д.Р., Мадиев Р.З. Диагностические шкалы острого аппендицита при атипичных и редких формах // Вестник неотложной медицины, 2022, т. 15, № 2. С. 70-74

¹⁹ Камалов С. Дж . , Мавлянов Ф. Ш. , Мавлянов Ш. Х. Возможности биоимпедансного анализа у больных острым аппендицитом // Журнал «Проблемы биологии и медицины», 2023, № 4 (146). С.56-59

осложнениями²⁰. Однако в последние годы из-за нехватки исследований, посвящённых диагностике и лечению острого аппендицита у беременных, проведение объективного анализа результатов является затруднительным.

Проведённый анализ литературных данных показал, что несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении острого аппендицита у беременных, среди хирургов нет единого мнения относительно оптимальных методов диагностики и хирургической тактики при остром аппендиците у беременных. В связи с этим, оптимизация алгоритма диагностики и лечения острого аппендицита у беременных, разработка минимально инвазивных хирургических подходов и оценка их клинической эффективности, а также обоснование выбора хирургической тактики с учетом периодов беременности имеют большое значение. Решение этих проблем стало стимулом для проведения данного исследования.

Связь темы диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Андижанского государственного медицинского института по проекту №01.2000.267 «Разработка передовых технологий в диагностике, лечении и профилактике хирургических заболеваний человека» (2022-2024 гг.).

Целью исследования является улучшение результатов лечения острого аппендицита у беременных женщин за счёт совершенствования диагностики и хирургического лечения.

Задачи исследования:

выявить клинические, лабораторные и инструментальные результаты обследования, патогномоничные для диагностики острого аппендицита у беременных;

предложить алгоритм диагностики и лечения острого аппендицита с учетом особенностей клинического течения острого аппендицита у беременных;

разработка оптимальной хирургической тактики с учетом анатомических изменений, наблюдаемых во всех триместрах беременности;

провести сравнительную оценку эффективности предлагаемых и традиционных методов во время операции и в раннем послеоперационном периоде.

Объектом исследования послужили 95 беременных женщин, госпитализированных в Андижанский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи по поводу острого аппендицита в период с 2021 по 2023 год.

Предметом исследования составил анализ комплексного хирургического лечения беременных с острым аппендицитом и ближайшие и отдаленные результаты после операции.

²⁰Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Примов Ф.Ш., Джураев Дж.А., Хаджаров Н.Р. Опыт лечения острого аппендицита в Ташкенте // Детская хирургия , 2019; 23(3) . С. 157-160.

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использовались общеклинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследований заключается в следующем:

разработан алгоритм выбора методов диагностики и лечения острого аппендицита у беременных женщин;

разработан оптимальный хирургический доступ для беременных женщин с острым аппендицитом, обеспечивающий безопасность как для матери, так и для плода на различных сроках беременности.

доказана возможность не только верификации острого аппендицита, но и прогнозирования его морфологической формы на основе показателей лейкоцитоза, лейкоцитарного индекса интоксикации и индекса нейтрофильного ответа;

разработана дифференцированная хирургическая тактика на основе результатов клинических исследований, характеризующаяся выбором оптимального метода диагностики и оперативного лечения острого аппендицита у беременных женщин в разные триместры беременности.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

доказана, что основным хирургическим доступом при аппендэктомии во 2 триместре беременности является кожный разрез, выполняемый по предложенной нами методике, в 3 триместре беременности при осложненных деструктивных формах острого аппендицита хирургическим доступом является срединная лапаротомия, а при неосложненных формах острого аппендицита, выполняется через предложенный разрез;

выявлены особенности лабораторных (лейкоцитоз, лейкоцитарный индекс интоксикации и индекс реакции нейтрофилов) и инструментальных (выявление уровня жидкости в кишечнике и увеличение диаметра аппендикса на УЗИ) исследований, имеющие клиническое значение при диагностике острого аппендицита у беременных;

определены оптимальные сроки и эффективность проведения экстренной диагностической лапароскопии у беременных только в тех случаях, когда невозможно исключить или подтвердить диагноз острого аппендицита с помощью общеклинических исследований и других инструментальных и лабораторных методов;

клинически обоснованы преимущества разработанного хирургического доступа для выполнения аппендэктомии у беременных женщин.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов обоснована использованием объективных критериев оценки состояния пациентов, современных методов лабораторной и инструментальной диагностики, корректным применением методологических подходов. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования заключается в том, что сделанные выводы и рекомендации имеют теоретическое значение и вносят

важный вклад в изучение роли клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики острого аппендицита у беременных женщин на разных триместрах беременности, а также механизмов возникновения возможных осложнений у плода и матери во время операции.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что проведённые клинические исследования показали, что использование разработанного хирургического доступа для аппендэктомии у беременных женщин с острым аппендицитом позволяет сократить время операции, предотвратить развитие осложнений, обеспечить регрессию воспалительного процесса и ускорить заживление раны, а также сократить сроки послеоперационной реабилитации.

Внедрение результатов исследования. На основании результатов научных исследований по улучшению результатов лечения за счет применения усовершенствованных методов диагностики и хирургического лечения острого аппендицита у беременных :

разработан «Способ хирургического доступа при аппендэктомии у беременных» (патент на полезную модель 29.08.2023 г., № FAP 2442);

утверждены методические рекомендации «Пути улучшения результатов лечения острого аппендицита во время беременности» (утверждена Экспертным советом Андижанского государственного медицинского института №б1-69/и от 22.10.2024 года). Предложенные рекомендации позволили улучшить качество хирургического лечения острого аппендицита у беременных и значительно снизить осложнения в послеоперационном периоде ;

полученные научные результаты внедрены в практическое здравоохранение, в частности, в практику Ферганского и Наманганского филиалов Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (заключения Научно-технического совета при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан №09/09 от 26.11.2024 года). Внедрение результатов научных исследований по совершенствованию диагностики и хирургического лечения острого аппендицита у беременных позволило снизить частоту осложнений, а также снизить уровень смертности пациентов и плода.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 4 научно-практических конференциях в том числе на 2 международных и 2 республиканских.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ, из них 5 журнальных статей, 4 из которых в республиканских и 1 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырёх глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы. Объем текстового материала составляет 135 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность и востребованность диссертационной работы, сформулированы цель и задачи исследования, приводится научная новизна и научно-практическая значимость результатов, представлены сведения об апробации и опубликованности результатов работы, объеме и краткой структуре диссертации.

В первой главе диссертации «Современное состояние проблемы острого аппендицита у беременных (обзор литературы)» проведен тщательный анализ, критическая оценка, обобщение и систематизация научной информации по современным представлениям о состоянии проблемы острого аппендицита у беременных. Проанализированы эпидемиологические аспекты острого аппендицита и его осложнений у беременных, лабораторные и инструментальные методы обследования в диагностике острого аппендицита у беременных, а также современные литературные данные о тактике лечения острого аппендицита у беременных. В результате анализа литературы выявлен круг нерешенных проблем и пути их решения.

Во второй главе диссертации представлено «Характеристика клинического материала и использованных методов исследования». Диссертационное исследование основано на анализе результатов обследования и лечения 95 пациенток с острым аппендицитом на разных сроках беременности, которые проходили операцию в отделениях экстренной хирургии и неотложной гинекологии Андиганского филиала Республиканского научно-практического центра скорой медицинской помощи в 2021-2023 годах. Возраст пациенток варьировал от 18 до 41 года, средний возраст составил $25,0 \pm 0,8$ лет ($Me=26$ лет). Сроки беременности колебались от 3-4 недель до 35-36 недель.

Для проведения сравнительного анализа все пациенты были разделены на основную группу (70) и контрольную группу (25).

Распределение беременных женщин, перенесших аппендэктомию, по возрасту и срокам беременности представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение беременных женщин в исследуемых группах по возрасту и сроку беременности

Период беременности	Возраст			Общий
	18-20 лет	21-30 лет	31-41 год	
Основная группа				
1-й триместр	14	16	2	32
2-й триместр	10	10	6	26
3-й триместр	2	8	2	12
Группа сравнения				
1-й триместр	4	6	2	12
2-й триместр	3	3	2	8
3-й триместр	-	3	2	5
Общий	33	46	16	95

В основную группу были включены 32 (45,7%) пациентки на первом триместре беременности, 26 (37,1%) — на втором триместре и 12 (17,1%) — на третьем триместре. При постановке диагноза острого аппендицита, помимо традиционных (клинических, параклинических и лабораторных) методов обследования, были использованы УЗИ и лапароскопическое исследование, а аппендэктомия была выполнена предложенным методом.

Сравнительная группа состояла из 12 (48%) пациенток на первом триместре беременности, 8 (32%) — на втором триместре и 5 (20%) — на третьем триместре. У них для диагностики острого аппендицита были использованы стандартные методы обследования, а аппендэктомия выполнена традиционным методом.

В исследовании использованы общеклинические, лабораторные, инструментальные и статистические методы исследования.

В третьей главе диссертации представлены «**Особенности диагностики острого аппендицита на разных сроках беременности**».

Диагностика острого аппендицита в первом триместре беременности. В основной группе 32 пациентки (35,5%), в сравнительной — 12 пациенток (26,6%) с диагнозом острого аппендицита в I триместре беременности (1–13 недель) были пролечены. Возраст беременных составлял от 18 до 34 лет (средний возраст $22,0 \pm 0,6$ года, $Me=22$ года). Интервал между началом симптомов и госпитализацией составил от 2 до 8 часов ($Me=4$ часа).

Согласно данным, приведённым в таблице 2, в I триместре беременности в основной группе острый катаральный аппендицит наблюдался в большинстве случаев — 71,8%, а в сравнительной группе — 75%. Деструктивный острый аппендицит был зафиксирован в 21,8% случаев в основной группе и в 25% случаев в сравнительной группе (табл. 2).

Таблица 2

Распределение острого аппендицита по морфологическому типу у обследованных пациентов (n=44)

Группа пациентов	Морфологические виды острого аппендицита				Всего
	Без воспаления	Недеструктивная Катаральный	Деструктивная		
			Флегмонозная	Гангренозная	
Основная группа	2 (6,3%)	23 (71,8%)	5 (15,6%)	2 (6,3%)	32
Сравнительная группа	-	9 (75%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	12

В обеих группах пациенты жаловались на боль в эпигастральной области, правом подреберье, правой подвздошной области и нижних отделах живота. У 25 (68,7%) пациенток основной группы боль начиналась в эпигастральной области и постепенно перемещалась в правую подвздошную область. У 22 из них наблюдалось напряжение мышц в правой подвздошной и нижней частях живота. Усиление боли при ходьбе отмечалось у 7 (30,4%) пациенток с катаральным аппендицитом и у 5 (85,7%) пациенток с деструктивным аппендицитом.

В основной группе на I триместре беременности наиболее часто встречающимся симптомом при всех формах острого аппендицита был симптом Кохера-Волковича (78,1%). Кроме того, наблюдались признаки, возникающие в результате смещения и сдавливания воспалённого червеобразного отростка: Симптом Ситковского – 71,8%; Симптом Бартомье-Михельсона – 71,8%; Симптом Ровсинга – 78,1%; Симптом Раздольского – 78,1%; Симптом Черёмского – 75%; Симптом Лароша – 68,7%; Симптом Барадулина – 68,7%; Симптом Брендо – 62,5%; Симптом Щёткина-Блюмберга – 56,2%; Симптом Ризвана – 56,2%; Симптом Грегори – 46,8%.

В сравнительной группе наиболее часто встречающимся признаком также был симптом Кохера-Волковича, который наблюдался в 75% случаев. Другие симптомы: Ровсинга – 83,3%; Раздольского – 83,3%; Черёмского – 83,3%; Ситковского – 75%; Бартомье-Михельсона – 75%; Щёткина-Блюмберга – 75%; Барадулина – 66,6%; Брендо – 50%; Ризвана – 50%; Лароша – 50% и Грегори – 50% встречались реже по сравнению с основной группой.

При флегмонозной и гангренозной формах острого аппендицита у пациентов обеих групп симптомы Щёткина-Блюмберга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Черёмского, Ровсинга и Раздольского наблюдались во всех случаях. Следует отметить, что ни один из этих симптомов не является патогномичным, и их диагностическая ценность имеет значение только в сочетании с другими показателями (лабораторными и параклиническими).

У пациентов на I триместре беременности в ходе исследования наблюдались следующие параклинические признаки: тахикардия, тошнота и рвота, а также повышение температуры тела. В основной группе эти признаки отмечались в 80,1% случаев, а в сравнительной группе – в 83,3% случаев. Однако, на фоне токсикоза эти симптомы могут проявляться и без наличия острого аппендицита (табл. 3).

Таблица 3

Параклинические признаки, наблюдаемые у пациенток в первом триместре беременности

Параклинический признак	Без воспаления	Катаральный		Деструктивный	
		Основная (n=32)	Сравнительная (n=12)	Основная (n=32)	Сравнительная (n=12)
Тахикардия	-	20 (86,9%)	5 (55,5%)	7 (100%)	3(100%)
Тошнота	2(100%)	17 (73,9%)	8 (88,8%)	6 (85,7%)	3 (100%)
Повышение температуры тела	-	19 (82,6%)	6 (66,6%)	6 (85,7%)	3 (100%)

Всем пациентам были проведены лабораторные обследования.

В исследовании у пациентов в основной группе лейкоцитоз до $12,0 \times 10^9/\text{л}$ чаще наблюдался при катаральной форме острого аппендицита (60,8%), а при деструктивном типе – всего в 42,8% случаев. В сравнительной

группе эта разница была еще больше – при катаральном аппендиците данный показатель отмечен в 88,8% случаев. В обеих группах лейкоцитоз $>12,0 \times 10^9/\text{л}$ чаще встречался при деструктивном аппендиците: в основной группе – 57,1%, в сравнительной – в 100% случаев (табл.4).

Таблица 4

Лабораторные показатели исследуемых больных

Лабораторный показатель	Без воспаления	Катаральный		Деструктивный	
		Основная (n=32)	Сравнительная (n=12)	Основная (n=32)	Сравнительная (n=12)
Лейкоцитоз					
10,0-12,0 $\times 10^9/\text{л}$	2 (100%)	14 (60,8%)	8 (88,8%)	3 (42,8%)	-
$>12,0 \times 10^9/\text{л}$	-	9(39,1%) *	1 (11,1%)	4(57,1%) *	3 (100%) ***
ЛИИ			-		
0,5-1,5	2 (100%)	6 (26%)		2 (28,5%)	
$>1,5$	-	17(73,9%) **		5 (71,4%) **	
ИНО			-		
6.0-6.2	2 (100%)	8 (34,7%)		2 (28,5%)	
>6.2	-	15 (65,2%) ***		5 (71,4%) ***	

* $p = 0,4$; ** $p = 0,2$; *** $p = 0,3$;

В первом триместре беременности, на основании клинических, параклинических и лабораторных исследований, диагноз острого аппендицита был установлен в 58,7% случаев в основной группе и 63,2% в группе сравнения.

В качестве второго этапа диагностического алгоритма всем пациенткам основной группы было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ). С помощью УЗИ удалось выявить признаки острого аппендицита у 12 пациентов (37,5%), из них у 7 пациентов был диагностирован катаральный аппендицит, а у 5 пациентов – деструктивный тип аппендицита (табл.5).

Таблица 5

Абсолютные и относительные признаки острого аппендицита при УЗИ у пациентов основной группы

УЗИ признаки	Катаральный	Деструктивный
Диаметр аппендикулярного отростка		
$> 6 \text{ мм}^*$	2 (28,5%)	3 (60%)
$< 6 \text{ мм}$	5 (71,4%)	2 (40%)
Толщина стенки аппендикулярного отростка		
$> 2 \text{ мм}^{**}$	5 (71,4%)	5 (100%)

< 2 мм	2 (28,5%)	-
Утолщение стенки тонкой кишки	2 (28,5%)	-
Наличие уровня жидкости в кишечнике	4(57,1%)	5 (100%)
Атония кишечника	4(57,1%)	5 (100%)

При УЗИ аппендикс диаметром более 6 мм в большинстве случаев наблюдается при деструктивной форме острого аппендицита (60%), тогда как при катаральной форме этот показатель составляет всего 28,5%.

В первом триместре беременности у 10 беременных женщин, у которых подозревали острый аппендицит, и в течение 2-4 часов не удалось с достаточной точностью установить диагноз на основании клинического, лабораторного и УЗИ-исследований, была проведена диагностическая лапароскопия.

При лапароскопическом исследовании удалось визуализировать и оценить состояние аппендикса, кишечника, матки и яичников у всех пациенток. Диагностическая лапароскопия длилась в среднем 20-30 минут. Осложнений во время процедуры и в послеоперационном периоде не наблюдалось. Прямые признаки острого аппендицита были выявлены у 12 пациенток, косвенные признаки – у 5 пациенток. У некоторых пациенток было зафиксировано наличие сразу нескольких признаков.

Диагностика острого аппендицита во II триместре беременности. В основной группе 26 пациенток (28,9%), а в сравнительной группе 8 пациенток (17,8%) находились на втором триместре беременности. Возраст пациенток варьировался от 19 до 41 года, средний возраст составил $24 \pm 0,8$ лет (Me=25 лет). Время госпитализации – от 4 до 18 часов (Me=11 часов).

Во втором триместре беременности у пациенток основной группы катаральная форма острого аппендицита наблюдалась в 42,3% случаев, а деструктивная форма – в 50% случаев. В сравнительной группе частота катарального и деструктивного аппендицита была одинаковой – по 50%. В основной группе у 16 пациенток (61,5%) боль начиналась в эпигастральной области, у 12 пациенток (46,1%) – в правой подвздошной области и нижней части живота. У 10 пациенток (38,4%) была зафиксирована защитная напряжённость мышц живота.

Во втором триместре беременности болевой синдром при деструктивной форме острого аппендицита проявляется более выражено. Это связано с увеличением срока беременности, затруднением пальпации, смещением и сдавливанием воспалённого аппендикса. Например: Симптом Кохера-Волковича был выявлен в 78,1% случаев в первом триместре, а во втором триместре – в 65,3% случаев, напряжение передней брюшной стенки наблюдалось в 68,7% случаев в первом триместре, а во втором триместре – в 38,4% случаев.

Помимо болевого синдрома, у пациенток во втором триместре беременности при остром аппендиците наблюдались следующие симптомы: Черёмский – 84,6%, Бартомье-Михельсон – 76,9%, Ситковский, Грегори –

73%, Барадулин – 65,3%, Ларош – 61,5%, Раздольский – 57,6%, Брендо, Ризван – 53,8%, Ровсинг – 50%, Щёткин-Блюмберг – 46,1%. Эти клиник-диагностические признаки помогли в своевременной постановке диагноза острого аппендицита.

Во втором триместре беременности параклинические признаки (тошнота, повышение температуры тела, тахикардия) наблюдались в 76,9% случаев и стали дополнительным фактором в диагностике наряду с клиническими и лабораторными методами. В основной группе лейкоцитоз в пределах $10,0-12,0 \times 10^9/\text{л}$ наблюдался с одинаковой частотой как при катаральной, так и при деструктивной форме аппендицита. Однако, уровень лейкоцитов выше $14,0 \times 10^9/\text{л}$ был зафиксирован только при деструктивном аппендиците, осложнённом локальным или разлитым перитонитом. Показатель ЛИИ $>1,5$ и ИНО $>6,2$ наблюдались у всех пациентов с деструктивным и осложнённым аппендицитом. Это означает, что на основе показателей лейкоцитоза, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и индекса нейтрофильного ответа (ИНО) можно не только подтвердить наличие острого аппендицита, но и определить его морфологическую форму.

Таким образом, на основе клинических, параклинических и лабораторных показателей в 62,6% случаев удалось верифицировать острый аппендицит в основной и сравнительной группах.

Установленные прямые ультразвуковые признаки (утолщение стенок, наличие уровня жидкости в кишечнике и увеличение диаметра червеобразного отростка) являются клинически значимыми для диагностики острого аппендицита и чаще наблюдаются при его деструктивных формах.

Если в первые 2-4 часа с помощью клинических, лабораторных и ультразвуковых методов диагностики не удалось подтвердить или исключить острый аппендицит, это считается показанием для проведения диагностической лапароскопии.

Прямые лапароскопические признаки были выявлены у 5 пациентов (19,2%), косвенные – у 3 пациентов (11,5%). У 2 пациентов был использован манипулятор (5 мм), который был введён под лапароскопическим контролем через правую подвздошную область.

Диагностика острого аппендицита в третьем триместре беременности. В основной группе было 12 пациенток (13,3%), в сравнительной группе — 5 пациенток (11,1%). Возраст пациенток варьировался от 19 до 34 лет, средний возраст составил $25,0 \pm 0,8$ лет ($Me=25$).

Деструктив формы острого аппендицита встречались чаще (83,3%), по сравнению с катаральным аппендицитом (16,6%). В трёх случаях был диагностирован гангренозный аппендицит, осложнённый перфорацией червеобразного отростка и разлитым перитонитом.

В сравнительной группе деструктивные формы острого аппендицита (80%) также встречались чаще, чем катаральный аппендицит (20%). В основной группе у 3 пациентов (25%) боль началась в эпигастральной области, у 9 пациентов (75%) – в правой подвздошной области и нижней части живота.

По сравнению с 1-м и 2-м триместрами беременности, в 3-м триместре боль в 75% случаев начиналась с нижних отделов живота. Интересный факт, что несмотря на высокую частоту деструктивного аппендицита в данной группе, симптом мышечной защиты наблюдался только в 33,3% случаев, тогда как усиление боли при ходьбе отмечено у 75% пациенток.

В основной группе при остром аппендиците в 3-м триместре беременности были выявлены следующие патологические симптомы: Бартомье-Михельсон, Грегори – 83,3%, Шёткин-Блюмберг, Ситковский, Черёмский – 75%, Барадулин – 58,3%, Брендо, Ларош – 41,6%, Ризван – 33,3%, Ровсинг, Раздольский – 25%. Как видно, некоторые клинически значимые симптомы, которые часто встречались в 1-м и 2-м триместрах, в 3-м триместре регистрировались реже. Для более точного выявления локальных болевых симптомов обследование проводилось в положении на левом боку, чтобы за счёт смещения беременной матки влево можно было пропальпировать илеоцекальный угол.

В основной группе параклинические признаки наблюдались в 83,3% случаев, а в группе сравнения — в 86,6% случаев. Исходя из этого, можно заключить, что по сравнению с 1-м и 2-м триместрами, в 3-м триместре данные признаки имеют большую клиническую значимость для диагностики острого аппендицита.

В основной группе показатели лейкоцитов $10,0-12,0 \times 10^9/\text{л}$, ЛИИ 0,5-1,5 и ИНО 6,0-6,2 наблюдались как при катаральной, так и при деструктивной форме острого аппендицита. Однако, показатели лейкоцитов $>12,0 \times 10^9/\text{л}$, ЛИИ $>1,5$ и ИНО $>6,2$ были зафиксированы исключительно при деструктивных формах аппендицита. Из этого можно сделать вывод, что, опираясь на показатели лейкоцитоза, ЛИИ и ИНО, можно не только подтвердить наличие острого аппендицита, но и предположить его морфологическую форму, степень воспаления и интенсивность патологического процесса.

В исследовании у 66,6% пациенток в третьем триместре беременности диагноз острого аппендицита был установлен на основе клинических, параклинических и лабораторных исследований.

В третьем триместре беременности 12 пациенткам из основной группы было проведено УЗИ, и у 4 из них (33,3%) были выявлены абсолютные и относительные признаки острого аппендицита.

Диаметр червеобразного отростка более 6 мм, утолщение его стенки свыше 2 мм, наличие уровня жидкости в кишечнике и атония тонкой кишки являются клинически значимыми признаками, которые наблюдаются только при деструктивных формах острого аппендицита в третьем триместре беременности.

Диагностический алгоритм острого аппендицита у беременных. Независимо от продолжительности болевого синдрома и срока беременности, клинически подтвержденный диагноз острого аппендицита требует немедленного хирургического вмешательства.

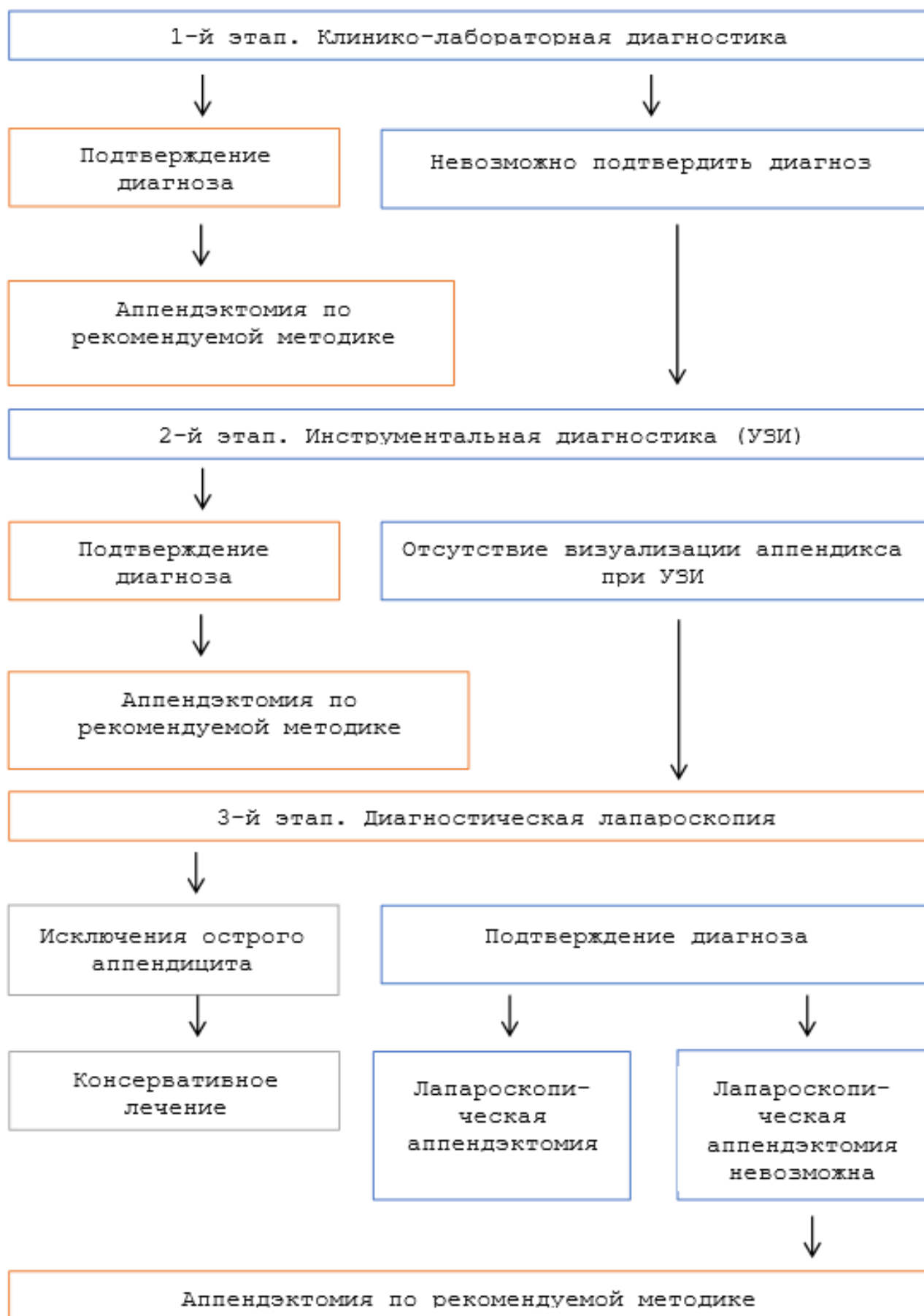


Рис.1. Алгоритм диагностики и лечения острого аппендицита у беременных женщин.

В исследуемых группах высокий процент диагностических ошибок наблюдался на догоспитальном этапе, особенно при увеличении срока беременности. В ретроспективной группе из 45 беременных женщин с подозрением на острый аппендицит диагноз был подтвержден в первые 4-8 часов в 34% случаев, в проспективной группе из 90 беременных – в 44,4% случаев. Это наглядно демонстрирует сложности диагностики острого аппендицита у беременных женщин. Ошибки в диагностике во II и III триместрах беременности составили 16,7%. Неправильные предварительные диагнозы включали: угроза преждевременного прерывания беременности, острый пиелонефрит, почечная колика, гастрит, язва двенадцатиперстной кишки, «острый живот». Ошибки в диагностике приводят к неправильной госпитализации, задержке лечения и развитию осложнений.

Во избежание таких ошибок, оптимизации диагностического протокола и выбора наиболее подходящего метода лечения, мы разработали «Алгоритм диагностики и лечения острого аппендицита у беременных женщин» (рис.1).

Данный алгоритм был применён у всех 90 пациенток основной группы. На первом этапе диагноз острого аппендицита у беременных женщин из всех исследуемых групп был основан на оценке болевого синдрома, параклинических симптомов и лабораторных показателей.

Как второй диагностический этап, у всех беременных женщин основной группы было проведено УЗИ органов брюшной полости.

Диагностическая лапароскопия является третьим этапом алгоритма и применялась у беременных женщин основной группы, находящихся в первом и втором триместре беременности, в случаях, когда в течение 2-4 часов диагноз острого аппендицита не был ни подтвержден, ни исключен.

При сравнении двух групп установлено, что в основной группе (где был применён предложенный алгоритм диагностики и лечения) в течение первых 3 часов точный диагноз был установлен у 11,4% пациенток, тогда как в контрольной группе (где алгоритм не применялся) — только у 8%. В промежутке между 3 и 6 часами диагноз острого аппендицита был подтверждён у 24,3% беременных основной группы и у 16% контрольной группы. В основной группе для верификации диагноза в большинстве случаев потребовалось от 6 до 12 часов, тогда как в контрольной группе этот процесс занял до суток (в обеих группах около 40%). Применение предложенного алгоритма позволило установить точный диагноз в течение первых 12 часов у 76,7% пациенток, тогда как без использования алгоритма этот показатель составил всего 48% (рис.2).

Диагностика острого аппендицита в разных триместрах беременности представляет определённые трудности, а ошибки в диагностике и задержки могут привести к различным акушерским и хирургическим осложнениям. Для решения этой проблемы был разработан и предложен поэтапный алгоритм диагностики и лечения. Применение данного алгоритма позволило сократить время постановки диагноза острого аппендицита у беременных в 1,6 раза.

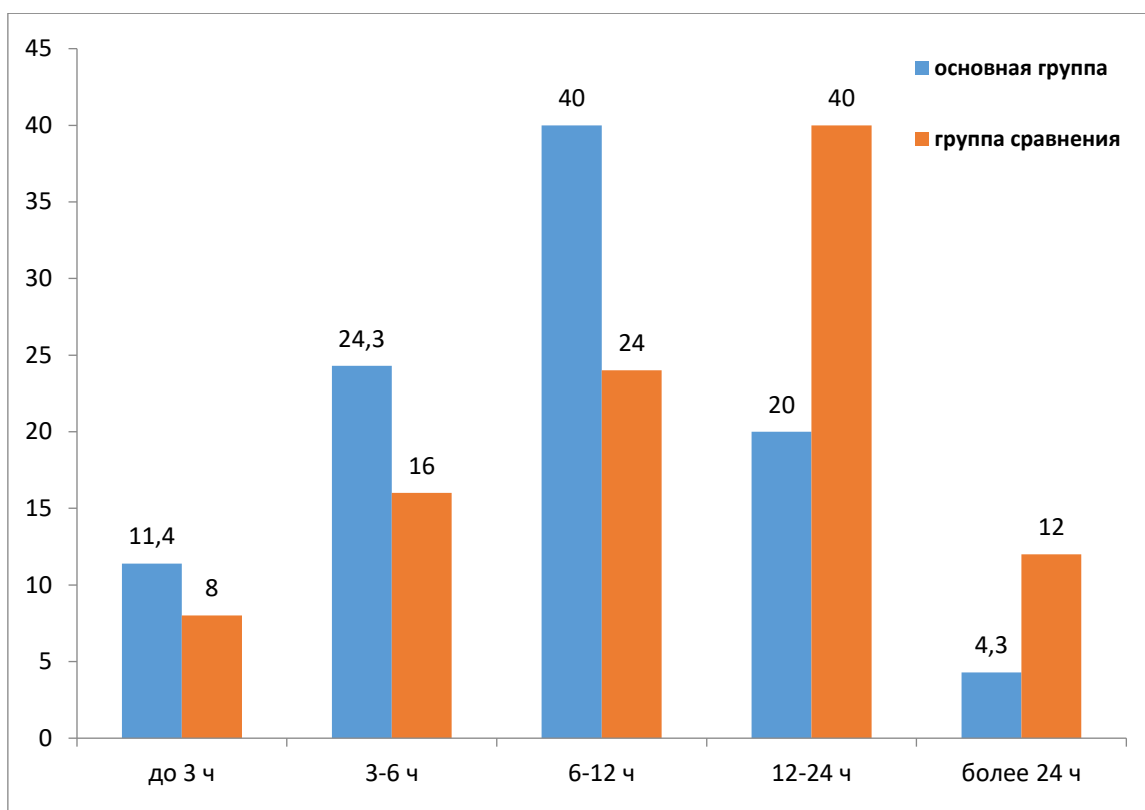


Рис. 2. Распределение пациенток в основной и контрольной группах в зависимости от срока беременности и времени установления диагноза.

В четвёртой главе диссертации проанализированы «**Результаты хирургического лечения острого аппендицита у беременных**».

Результаты хирургического лечения пациентов сравнительной группы. После верификации диагноза острого аппендицита у 25 пациенток была проведена типичная аппендэктомия. Основная проблема заключалась в выборе хирургического доступа. Критерии выбора метода, а также их преимущества и недостатки были подробно описаны ранее. В первой половине беременности оптимальным методом была признана видеолaparоскопия, однако при невозможности её проведения выполнялась «традиционная» открытая аппендэктомия. У 25 пациенток (100%) сравнительной группы был произведён разрез по Волкович-Дьяконову в правой подвздошной области. Этот метод применялся только после исключения перфорации червеобразного отростка. В случае перфорации аппендикса, осложнённых форм аппендицита или в процессе родов оптимальным методом считалась срединная лапаротомия, однако в данной группе таких случаев не было зафиксировано.

В сравнительной группе у 25 (100%) пациенток была проведена «традиционная» открытая аппендэктомия по Волкович-Дьяконову. У 6 пациенток (24%) после операции наблюдались признаки угрозы преждевременного прерывания беременности. Из них 2 – в I триместре, 2 – во II триместре и 2 – в III триместре были.

В контрольной группе, при выявлении признаков угрозы прерывания беременности после аппендэктомии, медикаментозная профилактика для сохранения беременности не проводилась. Самопроизвольный выкидыш произошёл у 2 (17-18 недель), а преждевременные роды зафиксированы у 2 беременных (35 недель).

У данной группы беременных пациенток всем была проведена косая разрезная аппендэктомия через правый бок. Стоит отметить, что при таком доступе положение пациентки с небольшим наклоном влево на операционном столе способствует смещению матки и улучшению визуализации.

При флегмонозном аппендиците продолжительность операции увеличивалась вне зависимости от метода доступа. Это было связано с определёнными хирургическими трудностями. Также следует отметить, что при аппендэктомии по методу Волковича-Дьяконова во II триместре беременности наблюдалась высокая степень травматичности, увеличение средней продолжительности операции, а также отсутствие адекватных условий для ревизии правого латерального канала. Средняя продолжительность операции составила $54,2 \pm 1,2$ минуты.

При использовании доступа по Волковичу-Дьяконову было выявлено, что время операции пропорционально увеличивается с увеличением срока беременности. Выбор анестезиологической тактики был следующим: при выполнении типичной аппендэктомии, если общее состояние пациентки было стабильным, применялась спинальная или эпидуральная анестезия. Если общее состояние пациентки было тяжёлым, предполагалось расширение объёма хирургического вмешательства, ревизия и дренирование органов брюшной полости, в таких случаях предпочтение отдавалось эндотрахеальному наркозу.

В контрольной группе всем 12 пациенткам с острым аппендицитом в первом триместре беременности была выполнена открытая традиционная аппендэктомия через доступ по Волковичу-Дьяконову под местной анестезией. Диагноз был следующим: у 9 пациенток — катаральный аппендицит, у 2 — флегмонозный, у 1 — гангренозный аппендицит. После аппендэктомии брюшная полость была дренирована у двух пациенток. Осложнений после операции не наблюдалось, все операции прошли без технических трудностей.

В ходе наших исследований мы пришли к выводу, что при подтверждении диагноза острого аппендицита у беременных женщин в первом триместре во время диагностической лапароскопии, наиболее рациональным методом является лапароскопическая аппендэктомия.

В контрольной группе 12 хирургических вмешательств были проведены через хирургический доступ по Волкович-Дьяконову. Операции прошли без технических осложнений. Вид анестезии — местная и перидуральная. Диагноз: у 4 пациенток — катаральный острый аппендицит, у оставшихся 4 — деструктивный острый аппендицит. Шести пациенткам дренаж брюшной

полости не проводился, а у двух беременных женщин дренаж был установлен по показаниям.

В контрольной группе, находящейся на 3-м триместре беременности, было проведено 5 операций по поводу острого аппендицита (1 – катаральный, 3 – флегмонозный и 1 – гангренозный). Все хирургические вмешательства выполнялись через доступ по Волкович-Дьяконову. Средняя продолжительность операций составила $56,5 \pm 1,3$ минуты.

У двух пациенток на 3-м триместре беременности с флегмонозной и гангренозной формой острого аппендицита в брюшную полость были установлены дренажные трубки по показаниям. Показаниями для их удаления на 2-3 сутки после аппендэктомии были нормализация температуры тела и лабораторных показателей, прекращение отделяемого через дренаж и активизация пациентки.

Следует отметить высокий уровень хирургических осложнений у беременных пациенток, перенесших аппендэктомию. Причинами этих осложнений были следующие факторы:

1. Неполное обследование пациентки.
2. Задержка с проведением операции.
3. Особенности техники хирургического вмешательства.
4. Специфика послеоперационного периода у беременных, в частности, угроза преждевременного прерывания беременности наряду с хирургическими осложнениями.
5. Снижение иммунного статуса после проведённой операции.

У беременных, перенесших аппендэктомию по методу Волковича-Дьяконова, в 11 случаях (24,4%) в послеоперационном периоде была проведена длительная токолитическая инфузионная терапия. После аппендэктомии у 4 пациенток (8,9%) были зафиксированы гнойные осложнения, причиной которых было недостаточное ревизия и санация брюшной полости. В данной группе: в 2 случаях (4,5%) острый аппендицит осложнился перитонитом, в 2 случаях (4,5%) возникла инфекция раны, в 1 случае (2,2%) наблюдалась гематома послеоперационного шва и в 2 случаях (4,5%) потребовалась релапаротомия.

Результаты хирургического лечения пациенток основной группы. В основной группе, в 90 наблюдениях, когда проведение лапароскопической операции было невозможно, была выполнена открытая аппендэктомию. Хирургический доступ был осуществлён по предложенному нами методу (“Способ хирургического доступа для аппендэктомии у беременных”, патент на полезную модель № FAP 2442, от 29.08.2023 г.).

Этот метод выполняется следующим образом. Пациентка находится в горизонтальном положении на спине. Хирург располагается справа от пациентки, ассистент — слева. Кожа и подкожный жировой слой разрезаются, начиная с точки Мак-Бурнея, которая расположена на линии, соединяющей пупок с верхней передней остью подвздошной кости, между внешней и средней третью.

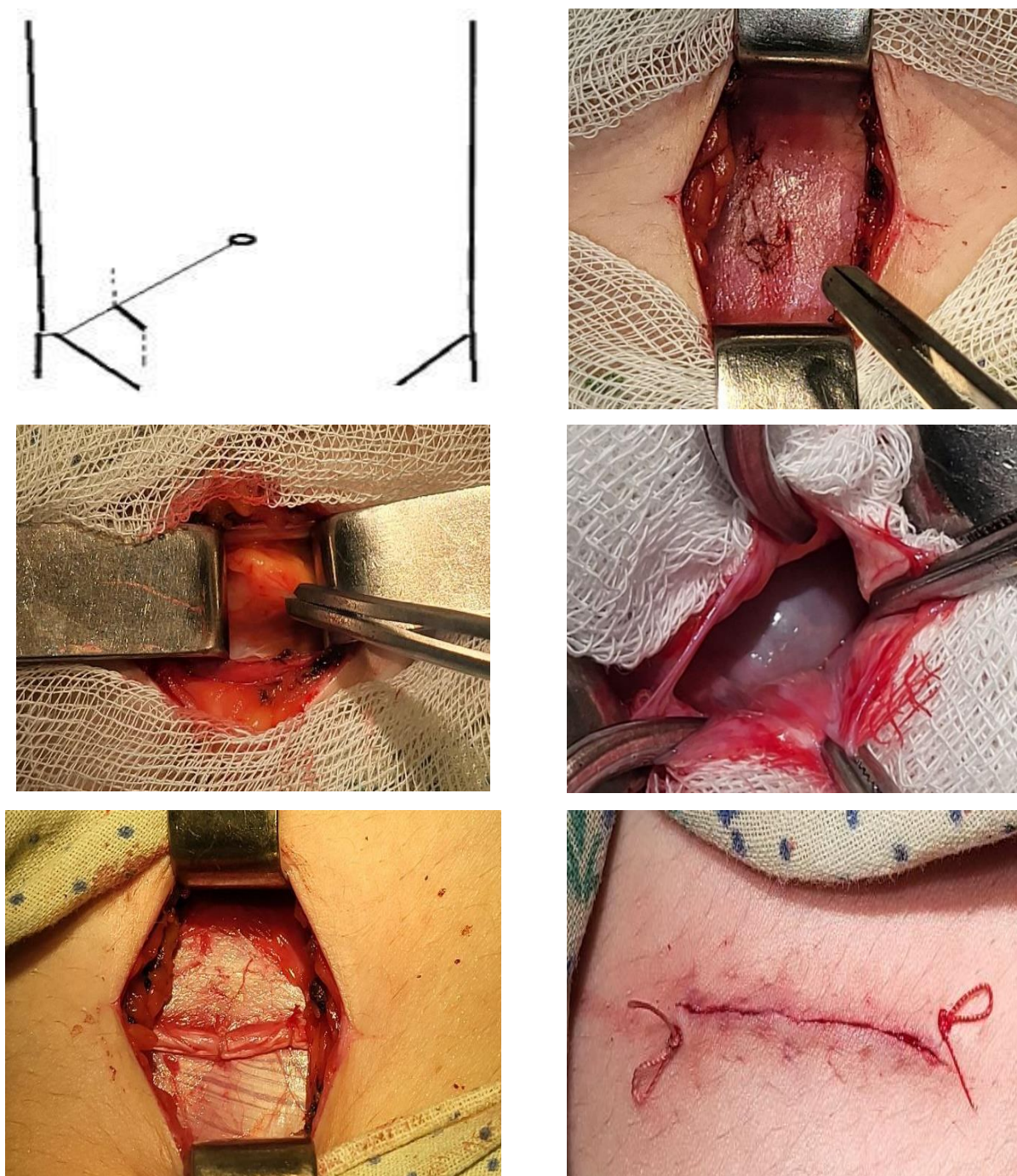


Рис. 3. Техника выполнения хирургического доступа при аппендэктомии у беременных

Разрез выполняется перпендикулярно указанной линии вниз на 2-4 см. Апоневроз наружной косой мышцы живота рассекается вдоль кожного разреза и волокон апоневроза. На обоих углах разреза апоневроз продолжают рассекать вверх и вниз параллельно краю прямой мышцы живота на 2 см. Внутренняя косая и поперечная мышцы живота раздвигаются тупым путем вдоль волокон. Мышцы отводятся крючками, затем вскрывается брюшина, и проводится аппендэктомия.

При использовании данного метода аппендэктомия была проведена у 49 пациентов (табл.6).

Таблица 6

Распределение пациентов основной группы по виду операции

Способ хирургического доступа	Количество операций		
	1-й триместр	2-й триместр	3-й триместр
Лапароскопия	10 (58,9 %)	7 (41,1 %)	-
Предложенный способ	22 (44,9 %)	19 (38,8 %)	8 (16,3 %)
Срединная лапаротомия	-	-	4 (100 %)

Диагноз острого аппендицита в 1-м триместре беременности был установлен с помощью клинических, лабораторных, УЗИ и параклинических методов обследования. Этот диагноз был поставлен 22 пациенткам основной группы (68,7%), все они находились в 1-м триместре беременности. Вид обезболивания во время операции – местный. Аппендэктомия у беременных женщин была выполнена традиционным открытым методом через предложенный доступ (табл.7).

Таблица 7

Виды операций, проведённых у беременных женщин основной группы в первом триместре

Форма острого аппендицита	Вид операции				Количество операций
	ОАЭ	ЛС+ОАЭ	ЛАЭ	ДЛ	
Катаральный	17	2	4	-	23
Деструктивный	5	1	1	-	7
Без воспаления	-	-	-	2	2
Всего	22	3	5	2	32

Ещё у 3 пациентов (у одного – катаральный аппендицит, у двух – деструктивный острый аппендицит) была применена дополнительная общая анестезия. Причина применения дополнительной анестезии – эмоциональная лабильность пациентов. Показаний для дренажа брюшной полости ни в одном случае не было.

У 19 пациентов основной группы (73%) не возникла необходимость в дополнительных инструментальных обследованиях. Диагноз был поставлен на основе клинических, лабораторных, УЗИ и параклинических методов. Вид анестезии – общая и перидуральная. Традиционная аппендэктомия была выполнена по предложенной нами методике. Этот хирургический доступ был применён у 15 пациентов (табл.8).

Таблица 8

Виды хирургических операций, проведённых у беременных женщин основной группы во 2-м триместре

Клиническая форма острого аппендицита	Вид операции			Количество операций
	ОАЭ	ЛС+ОАЭ	ДЛ	
Катаральный	8	3	-	11
Деструктивный	11	2	-	13
Без воспаления	-	-	2	2
Всего	19	5	2	26

У 19 беременных женщин во 2-м триместре беременности аппендэктомия была проведена без установки дренажных трубок в брюшной полости. У 5 беременных женщин с флегмонозным типом острого аппендицита, при наличии показаний (обнаружено 30-40 мл мутной жидкости), были установлены дренажные трубки. Из этой жидкости был взят мазок для определения микрофлоры и чувствительности к антибиотикам. Аппендэктомия, проведённая во 2-м триместре беременности, прошла без технических трудностей.

В 3-м триместре беременности была применена общая и перидуральная анестезия. Открытая аппендэктомия (ОАЭ) была проведена через предложенный хирургический доступ. Все операции прошли без технических трудностей, продолжительность составляла от 55 до 90 минут (табл.9).

Таблица 9

Хирургические доступы, использованные при аппендэктомии в 3-м триместре у пациентов основной группы

Клиническая форма острого аппендицита	Виды хирургического доступа		Количество операций
	Срединная лапаротомия	Предложенный доступ	
Катаральный аппендицит	-	2 (16,6%)	2 (16,6%)
Флегмонозный аппендицит	-	5 (41,6%)	5 (41,6%)
Флегмонозный аппендицит, осложнённый перитонитом	1 (8,3%)	-	1 (8,3%)
Гангренозный аппендицит	-	1 (8,3%)	1 (8,3%)
Гангренозный аппендицит, осложнённый перитонитом	3 (25%)	-	3 (25%)
Всего	4 (33,3%)	8 (66,6%)	12(100%)

Перфорация червеобразного отростка и осложнённый перитонитом деструктивный острый аппендицит был выявлен у 4 беременных женщин (у одной пациентки наблюдался флегмонозный тип острого аппендицита, осложнённого перитонитом, и у трёх пациенток – перфорация аппендикса и флегмонозный аппендицит, осложнённый перитонитом). Сроки беременности: у первой пациентки – 28 недель, у остальных трёх – 32, 35 и 36 недель. В данной группе аппендицит в 2 (2,2%) случаях осложнился перитонитом. Также в группе наблюдались: инфекция послеоперационной раны у 3 (3,3%) пациентов, гематома послеоперационной раны в 2 (2,2%) случаях, релапаротомия у 2 (2,2%) пациентов.

В сравнительной группе у 2 (16,6%) пациенток в 1-м триместре беременности на 2-3 сутки после аппендэктомии наблюдались симптомы угрозы выкидыша. У обеих пациенток был флегмонозный тип острого аппендицита. Сроки беременности составляли 8 и 10 недель. С целью сохранения беременности обе пациентки были переведены в гинекологическое отделение. В сравнительной группе медикаментозная профилактика для сохранения беременности не проводилась.

Во 2-м триместре беременности угроза прерывания беременности на 3-и

сутки после аппендэктомии наблюдалась у 2 (25%) пациенток. Срок беременности – 17 и 18 недель. Тип острого аппендицита – флегмонозный. Обе пациентки были переведены в гинекологическое отделение. Впоследствии у них произошло самопроизвольное прерывание беременности. Послеоперационных осложнений со стороны раны не наблюдалось, швы были сняты. Через 7-8 суток 6 пациенток были выписаны под наблюдение акушера-гинеколога по месту жительства.

В сравнительной группе при флегмонозном и гангренозном аппендиците угроза преждевременных родов на 3-и сутки после аппендэктомии была зафиксирована у 2 (40%) пациенток в 3-м триместре беременности. После осмотра акушером-гинекологом обе пациентки были переведены в гинекологическое отделение. У одной пациентки с гангренозным аппендицитом произошли преждевременные роды на сроке 35 недель из-за отслойки нормально расположенной плаценты. У второй пациентки беременность была сохранена. Медикаментозная профилактика не проводилась. Пациентки были выписаны под наблюдение акушера-гинеколога по месту жительства после снятия швов.

В основной группе риск преждевременных родов после аппендэктомии наблюдался у 4 (33,3%) пациенток, из них у 2 (50%) произошли преждевременные роды, а у 2 пациенток беременность была сохранена. В сравнительной группе данный показатель составил 40%, при этом у 50% пациенток роды были проведены с помощью кесарева сечения.

Наиболее оптимальный хирургический доступ и метод при беременности — это аппендэктомия через предложенный хирургический доступ, если отсутствуют признаки перфорации червеобразного отростка или другие осложнения острого аппендицита. Применение данной техники позволяет сократить среднюю продолжительность операции на $12,3 \pm 0,9$ минут по сравнению с традиционными методами.

Увеличение частоты хирургических осложнений с увеличением срока беременности связано не только с техническими трудностями аппендэктомии, но и с выбором хирургического доступа. После аппендэктомии, выполненной по методу Волковича-Дьяконова, частота нагноения раны на 12,3% выше, чем при средней лапаротомии. Это показывает, что косой изменённый разрез является более травматичным, так как в поздние сроки беременности не обеспечивает полноценную санацию брюшной полости. Однако, использование предложенного разреза во время операции позволяет уменьшить частоту осложнений на 5,6% в первом и втором триместрах по сравнению с традиционными хирургическими доступами.

В 1-м и 2-м триместре беременности основным хирургическим доступом при аппендэктомии являются кожные разрезы, выполненные по предложенной методике. В 3-м триместре при осложнённых деструктивных формах острого аппендицита рекомендуется срединная лапаротомия, а при неосложнённых формах – аппендэктомия через предложенный разрез является наиболее целесообразной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. На основе показателей лейкоцитоза, лейкоцитарного индекса интоксикации и индекса нейтрофильного ответа можно не только диагностировать наличие острого аппендицита (79,8%), но и прогнозировать его морфологическую форму. Кроме того, при УЗИ утолщение стенки отростка, наличие жидкости в кишечнике и увеличение диаметра червеобразного отростка являются клинически значимыми признаками при диагностике острого аппендицита и чаще встречаются при его деструктивных формах (84,6%).

2. При использовании предложенного алгоритма диагностики и лечения в течение первых 12 часов точный диагноз был установлен у 76,7% пациенток, тогда как при стандартном подходе этот показатель составил всего 48%. Применение пошагового диагностического и лечебного алгоритма позволило сократить время диагностики острого аппендицита у беременных в 1,6 раза.

3. С увеличением срока беременности и проведением аппендэктомии традиционными методами частота абсцессов раны после операции на 12,3% выше, чем при средней лапаротомии. Однако, использование рекомендуемого разреза во время операции позволяет уменьшить частоту осложнений на 5,6% в первом и втором триместрах по сравнению с традиционными хирургическими доступами.

4. При отсутствии признаков перфорации червеобразного отростка или других осложнений острого аппендицита проведение аппендэктомии через предложенный хирургический доступ позволяет сократить среднюю продолжительность операции на $12,3 \pm 0,9$ минут по сравнению с традиционными методами.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01
AT THE ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE
ON AWARD OF SCIENTIFIC DEGREES**

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

KASIMOVA SAKHIBAKHON ABDUVASILOVNA

**WAYS TO IMPROVE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF
ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANTS**

14.00.27 – Surgery

**DISSERTATION ABSTRACT OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD)
ON MEDICAL SCIENCES**

ANDIJAN–2025

Subject of dissertation (PhD) is registered in the Higher Attestation Commission of the Republic of Uzbekistan for the № B2024.2.PhD/Tib3215.

The dissertation is carried out at the Andijan State Medical Institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.adti.uz) and on the Information and Educational Portal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Scientific supervisor: **Kadirov Shavkat Nomonovich**
doctor of medical sciences, docent

Official opponents: **Khakimov Murod Shavkatovich**
doctor of medical sciences, professor

Yariev Alisher Alijanovich
doctor of medical sciences

Leading organisation: **Bukhara state medical institute**

The dissertation will be defended on «____» _____ 2025 at ____ p.m. hours at the meeting of the Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.95.01 at the Andijan State Medical Institute (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50; e-mail: info@adti.uz).

The dissertation is available in the Information Resource Center of the Andijan State Medical Institute (Registration number №____) (Address: 170100, Andijan c., Yu. Atabekov str. 1; Phone/fax: (+998) 74-223-94-50).

Abstract of the dissertation sent out on «__» _____ 2025.
(mailing report №____ of _____ 2025).

M.M. Madazimov
Chairman of the scientific council on award
of scientific degrees, doctor of medical
science, professor

M.F. Nishanov
Scientific secretary of the scientific council
on award of scientific degrees,
doctor of medical science, professor

B.R. Abdullajanov
Chairman of the scientific seminar at the
scientific council for the awarding of academic
degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the study is to improve treatment outcomes by improving diagnostics and surgical treatment of acute appendicitis in pregnant women.

The subjects of the study was 95 pregnant women hospitalized in the Andijan branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care for acute appendicitis in the period from 2021 to 2023.

The scientific novelty of the study is as follows:

an algorithm for diagnosing and selecting treatment methods for acute appendicitis in pregnant women has been developed;

optimal surgical tactics for acute appendicitis in pregnant women in different trimesters of pregnancy have been developed, safe for the patient and the fetus;

it has been proven that based on leukocytosis, leukocyte intoxication index and neutrophil reaction index it is possible not only to verify acute appendicitis, but also to predict its morphological form;

differentiated surgical tactics have been developed based on the results of clinical studies, characterized by the diagnosis of acute appendicitis in pregnant women in different trimesters of pregnancy and the selection of the optimal method of surgical treatment.

Implementation of research results. Implementation of research results. Based on the results of scientific research on improving treatment outcomes through the use of advanced diagnostic and surgical methods for the treatment of acute appendicitis in pregnant women:

a "Method of surgical access for appendectomy in pregnant women" was developed (patent for utility model dated August 29, 2023, No. FAP 2442);

methodical recommendations "Ways to improve the treatment outcomes of acute appendicitis during pregnancy" were approved (approved by the Expert Council of the Andijan State Medical Institute No. 6i-69 / u dated October 22, 2024). The proposed recommendations improved the quality of surgical treatment of acute appendicitis in pregnant women and significantly reduced complications in the postoperative period;

the obtained scientific results have been implemented in practical healthcare, in particular, in the practice of the Fergana and Namangan branches of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care (conclusions of the Scientific and Technical Council under the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan No. 09/09 dated November 26, 2024). The implementation of the results of scientific research to improve the diagnosis and surgical treatment of acute appendicitis in pregnant women has reduced the incidence of complications, as well as reduced the mortality rate of patients and the fetus.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, conclusions, practical recommendations and a list of cited literature. The volume of the dissertation is 135 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; Part I)

1. Касимова С.А., Кодиров Ш.Н., Абдурахмадов А.А. Тактика технические аспекты хирургического лечения острого аппендицита у беременных // Научно-практический журнал «Хирургия Узбекистана» 2024 г. № 01(101) – С.62-67 (14.00.00, №15)

2. Кодиров Ш.Н., Касимова С.А., Абдурахмадов А.А. Усовершенствованный способ хирургического лечения острого аппендицита у беременных // Научно-практический журнал «Хирургия Узбекистана» 2024 г. №01(101) – С.134-136 (14.00.00, №15)

3. Касимова С.А., Кодиров Ш.Н. Некоторые эпидемиологические аспекты острого аппендицита и его осложнений у беременных // Научно-практический журнала «Вестник ТМА» 2024 г. № 4 – С.229-231

4. Kosimova S.A., Kodirov Sh.N., Abdurahmadov A.A. Diagnostic and Prognostic Criteria for Acute Appendicitis During Pregnancy // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2024 14(5) P. 1165-1167 (14.00.00. №2).

5. Kosimova S.A., Kodirov Sh.N., Abdurahmadov A.A. Acute appendicitis in pregnant women // “Science and Innovation” International scientific journal. Volume 3. Issue 4. 2024 UIF-2022: 8.2. P.221-229. (14.00.00. №).

II бўлим (II часть; Part II)

6. Касимова С.А., Кодиров Ш.Н. Способ хирургического доступа при аппендэктомии у беременных // Центр по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, патент на полезную модель 29.08.2023 г., № FAP 2442.

7. Касимова С.А., Кодиров Ш.Н. Хомиладорлик даврида ўткир аппендицитни даволаш натижаларини яхшилаш йўллари // Методические рекомендации. Андижан 2024, 16 с.

8. Кодиров Ш.Н., Касимова С.А. Алгоритм выбора метода хирургического лечения острого аппендицита при беременности // Центр по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, свидетельство об официальной регистрации программы для электронно-вычислительных машин. 08.09.2023 г., № DGU 27569.

9. Кодиров Ш.Н., Касимова С.А. Улучшения результатов хирургического лечения острого аппендицита у беременных // Материалы XXVII республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2023». Журнал “Хирургия Узбекистана”. Самарканд, 2023. №3(99). С.54.

10. Касимова С.А. I Триместр ҳомиладорларда ўткир аппендицитни ташхислаш // Педагогик ислохотлар ва уларнинг ечимлари, Тошкент, №

11(01) 2024. 172-173.

11. Kosimova S.A. Modified access in acute appendicitis in pregnant women // International scientific -online conference “Development and innovations in science”; Netherlands; November 2024; p.77-78 (<https://doi.org/10.5281/zenodo.14202224>).

12. Kosimova S.A. Algorithm for diagnosis of acute appendicitis in pregnant women // International scientific -online conference “Models and methods in modern science”; France; November 2024; p.178-179 (<https://doi.org/10.5281/zenodo.14202237>).