

**O 'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA O' RTA MAXSUS
TA'LIM VAZIRLIGI
O 'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG' LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

UDK: 616-089.819. 616-08-035

**XALILOV SOBIRJON SHOKIROVICH
JARROHLIK USULLARIGA QARAB BOLALARDA O'TKIR
APPENDITSITNI DAVOLASH NATIJALARINI QIYOSIY TAHLIL
QILISH**

5A510202-bolalar jarrohligi

Bolalar jarrohligi mutaxassisligi bo'yicha

Magistrlik ilmiy darajasini olish uchun dissertatsiya

Ilmiy rahbar: t.f.d., F. Sh. Mavlyanov

Samarqand 2023

MUNDARIJA

QISQARTMALAR RO'YXATI	3
Kirish.....	4
1-BOB.	
Tadqiqot maqsadi.....	5
Tadqiqot vazifalari	
Adabiyotlar sharhi;.....	8
Epidemiologiyasi	10
Tasnifi.....	12
O`tkir appenditsit diagnostikasi.....	14
O`tkir appenditsit diagnostikasida laparoskopiya.....	15
Laparoskopik appendektomiya.....	20
Laparoskopik appendektomiyani asorotlari	22
2- BOB.	
Tadqiqot usullari va materiallari	
2.1.Klinik tadqiqotlarning umumiy xususiyatlari.....	25
2.2. Tadqiqot usullari.....	26
3- BOB.	
Tadqiqot natijalari	
3.1. Chuvalchangsimon o`simta patalogiyasi bulgan bemorlarning umumiy xususiyatlari.....	34
3.2. Ochiq appendektomiyaning bevosita natijalari.....	36
3.3.Laparoskopik appendektomiyadan keying bevosita Natijalari.....	37
3.4. Bolalarda o'tkir appenditsitni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini qiyosiy tahlil qilish.....	38
3.5. Operatsiyadan keyingi erta davrning qiyosiy tahlili.....	41
3.6. Natijalarni muhokama qilish.....	46

4- BOB.

Xotima.....	49
Xulosalar.....	53
Amaliy tavsiyalar.....	54
Adabiyotlar ro'yxati.....	55

QISQARTMALAR RO'YXATI

GA – gangrenoz appenditsit

GDFS-gastroduodenofibroskopiya

GPA-gangrenoz-perfarativ appenditsit

KA-kataral appenditsit

LAE-laparoskopik appendektomiya

LKS-lazer korrelyatsion spektroskopiyasi

O`A-o'tkir appenditsit

OA – ochiq appendektomiya

TA-teshilgan appenditsit

UTT-ultratovush tekshiruvi

FA-flegmonoz appenditsit

CHO'-chuvalchangsimon o'simta

KIRISH

Muammoning dolzarbligi. Bolalarda o'tkir appenditsitni tashxislash va davolash shoshilinch jarrohlikda doimo dolzarb muammo bo'lib kelgan. Bu holat o'tkir appenditsitning ko'p uchrashi, asoratlar (12,7% gacha) va diagnostika xatolarining sonining ko'pligi (12% gacha) bilan bog'liq.

Diagnostika va davolash usullarining keng va xilma-xilligiga qaramay, o'tkir appenditsitda o'lim darajasi kamaymasdan va barqaror bo'lib qolmoqda - 0,1-0,2%. O'tkir appenditsitning murakkab shakllari appendiksdagi destruktiv jarayonning tez rivojlanishi, klinik ko'rinishlarning atipikligi va tashxis qo'yishning qiyinligi tufayli shoshilinch qorin bo'shlig'i jarrohligining dolzarb muammosi bo'lib qolmoqda. Operatsiyadan keyingi asoratlar ulushi ham kamaymaydi, ayniqsa bola hayotiga tahdid soladigan sepsisning rivojlanishi (15%) va poliorgan yetishmovchiligi (21%) kabi asoratlar doimo dolzarbdir.

Jarrohlik, shu jumladan, bolalar jarrohligi rivojlanishining hozirgi bosqichi shoshilinch patologiyasi bo'lgan bemorlarni davolashning kundalik amaliyotiga turli xil minimal invaziv endojarrohlik texnologiyalarni keng joriy etish bilan tavsiflanadi.

Ba'zi endojarrohlik usullari, birinchi navbatda, laparoskopik appendektomiya, bolalar jarrohligi amaliyotida o'zining samaradorligini isbotlagan holda ancha keng tarqaldi, ammo hozirgacha hamma mualliflar laparoskopik appendektomiyani bolalarni destruktiv appenditsiti va appendikulyar peritonitni davolashda mutlaq tanlov usuli sifatida tan olishmaydi [120].

Davolashning endojarrohlik usullarining afzalliklari quyidagilardan iborat: jarrohlik kirishi va manipulyatsiyaning kam invazivligi; maxsus yoritish va intraoperation kattalashtirish tufayli operatsiyaning barcha bosqichlarini mukammal ko'rish va vizual nazorat qilish; operatsiyadan keyingi og'riqni kamaytirish, operatsiyadan keyingi davrda ichak parezi, buzilgan tana funksiyalari va bemorning jismoniy faolligini erta tiklash; operatsiyadan keyingi asoratlar sonining kamayishi; yaxshi kosmetik ta'sir. Bundan tashqari

bolalarning kasalxonada bo'lish muddatlar va davolanish narxi doimiy ravishda kamayib bormoqda.

Bolalar jarrohlik amaliyotida endoskopik jarrohlikdan foydalanish istiqbolli yunalishlardan biridir, chunki bunda davolash tubdan va bemorlarning hayot sifatini yaxshilanadi.

Laparoskopiya va laparotomiya o'z ko'rsatmalariga va qarshi ko'rsatmalariga ega. O'rinli savol: laparoskopiyadan "ochiq" usulga o'tishni qachon amalga oshirish kerak, bu qanchalik asosli va u asosiy kasallikning kechishini yomonlashtiradimi?

Shuningdek, sog'liqni saqlash xizmatlari va kasallikni davolash vositalaridan foydalanishda bolalar huquqini hurmat qilish, jarrohlik va kasalxonaga yotqizishning uning psixo-emotsional holatiga ta'siri dolzarb muammo bo'lib qolmoqda.

Adabiyotda o'tkir appenditsitning destruktiv shakllarida laparoskopiya bo'yicha tadqiqotlar mavjud. Biroq, biz kasallikning ushbu shakllarida o'tkir appenditsitning destruktiv shakllarini davolashning laparoskopik usuli va ayniqsa "ochiq" usuliga o'tish uchun aniq ko'rsatmalar topa olmadik, bu tizimli o'rganishga asos bo'ladi, muammoni yoritishda turli omillar va natijalarni tahlil qilish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Tadqiqot maqsadi:

Laparoskopiya yordamida bolalarda o'tkir appenditsitni davolash natijalarini yaxshilash.

Tadqiqot vazifalari:

1. Laparoskopik va an'anaviy operatsiyalardan keyin bolalarda o'tkir appenditsitni davolash natijalarini qiyosiy tahlil qilish.

2. O'tkir appenditsit bilan og'rikan bolalarda operatsiyadan keyingi asoratlar soni va turlarini jarrohlik usuliga qarab aniqlash.

3. Klassik ochiq usul va laparoskopiya bilan operatsiya qilingan o'tkir appenditsitning destruktiv shakllari bo'lgan bolalarda operatsiyadan keyingi davrning o'ziga xos xususiyatlarini va asoratlarini tahlil qilish.

4. Bolalarda appenditsitning turli shakllarida laparoskopik appendektomiyaning imkoniyatlari va cheklovlarini aniqlash.

Ilmiy yangiligi:

1. Tadqiqot jarayonida umumiy ilmiy va maxsus usullarini izchil qo'llash ilmiy asosda amalga oshirildi. Tadqiqot belgilangan maqsad va vazifalarga muvofiq amalga oshirildi, ularni hal qilish uchun zamonaviy klinik va laboratoriya, instrumental, analitik va statistik usullar va parametrik bo'lmagan usullar qo'llanildi.

2. Retrospektiv va prospektiv tahlil asosida bolalarda o'tkir appenditsitning turli anatomik variantlari va klinik shakllarini davolashda minimal invaziv texnologiyalarning asosiy afzalliklari qayd etildi.

Amaliy qiymati:

1. Diagnostik laparoskopiya, so'ngra laparoskopik jarrohlik bolalarda appendiksning yallig'lanishi bilan bog'liq bo'lgan aksariyat hollarda qo'llaniladigan mutlaq usul ekanligi ko'rsatildi.

2. Endojarrohlik operatsiyalarini qo'llash to'qimalarning shikastlanishi, operatsiya vaqtidagi qon yo'qotish hajmi va operatsiyadan keyingi davrda reabilitatsiya muddatlari kamayishi tufayli an'anaviy ochiq operatsiyalarga nisbatan samaradorlik jihatidan ustun ekanligi isbotlandi.

Ilmiy tadqiqot natijalarini olishda dissertantning shaxsiy hissasi.

Dissertant bolalarda o'tkir appenditsitni jarrohlik yo'li bilan davolash muammosi holatini shaxsan tahlil qildi, tadqiqot dasturi va metodologiyasini belgilab berdi. Muallif bemorlarni kuzatish uchun zamonaviy klinik, laboratoriya va instrumental diagnostika usullaridan foydalandi. Birlamchi ma'lumotlarni to'plash, patent qidiruvi, olingan ma'lumotlarni statistik qayta ishlashni shaxsan amalga oshirdi. Qiyosiy tahlil asosida muallif appendektomiyaning turli usullarini qo'llash natijalari va ilmiy asoslarini taqdim etdi.

Dissertatsiya natijalarini aprotatsiya qilish.

Ishning asosiy mazmuni xalqaro ilmiy-amaliy konferensiyalarda taqdim etilgan va muhokama qilingan: «Актуальные вопросы детской хирургии, травматологии, педиатрии, и анестезиологии-реаниматологии» №711 2021г 28- май.

Nashrlar.

Tadqiqot natijalariga ko'ra 5 ta ilmiy nashrlar ixtisoslashtirilgan nashrlarda chop etilgan.

1.» Горизонты современной хирургии» Сарканд, 17-18 декабр 2021 г.№6.1 (133)

2.Материалы XXV Республиканской научной-практической конференции «Вахидовские чтения-2022» №2 (94) 2022

Dissertatsiya tuzilishi.

Dissertatsiya o'zbek tilida taqdim etilgan bo'lib, umumiy hajmi 65 bet mashinka yozuvidan iborat bo'lib, kirish, adabiyotlar sharhi, shaxsiy tadqiqotlari, natijalar tahlili, xulosalar va amaliy tavsiyalar, foydalanilgan adabiyotlar ro'yxatidan tashkil topgan. 8 ta jadval va 9 ta rasmlar taqdim etilgan. Adabiyotlar ro'yxatida 104 ta mahalliy va xorijiy manbalar mavjud.

ADABIYOTLAR SHARHI

O'tkir appenditsit haqidagi ta'limot nozologik shakl sifatida faqat 19-asrning oxirida shakllangan. 1886 yilda Garvard universiteti professori R.N. Fitz Amerika Tibbiyot Assotsiatsiyasining s'ezdida peritiflitning barcha holatlarida qorin bo'shlig'ida joylashgan chuvalchangsimon o'simtasabab ekanligini ta'kidladi. U chuvalchangsimon o'simta yallig'lanishi to'g'risida ma'ruza qildi va «Perforating inflammation of the vermiform appendix: with special preverence its early diagnosis and treatment» ilmiy ishini nashr etdi.

R.H. Fits kasallikni erta aniqlash va shoshilinch jarrohlik davolashi zarurligini ta'kidladi. U kasallikning – appenditsit deb nomladi. Shunday qilib, 1886 yilni haqli ravishda o'ng yonbosh sohasida yallig'lanish jarayonlarining paydo bo'lishida chuvalchangsimon o'simtaning roli haqidagi tibbiy qarashlar evolyutsiyasida burilish nuqtasi deb hisoblash mumkin. O'ng yonbosh sohasida lokal yallig'lanish jarayonlari qadimgi davrlarda ma'lum bo'lgan. Milodiy I-asrda allaqachon Archaeus va Soanus qorinning o'ng tomonidagi yiringli o'choqlarni kesish bilan davolashgan. O'rta asrlarda "passio iliaca" ning birinchi batafsil tavsiflari paydo bo'ldi. Bu davrda Ambruas Pare va uning shogirdlari (16-asr) qorin old devoridagi kesmalardan yonbosh suyagi absessini davolashda ham muvaffaqiyatli foydalanganlar. Ko'pincha absesslarning kelib chiqishi mushaklarning yallig'lanishi bilan bog'liq bo'lib, "psoitis", ayollarda esa - tug'ruqdan keyingi asoratlar bilan - "bachadon absesslari" deb nomlangan.

Biroq, 19-asr boshlariga qadar qorinning o'ng yarmida yiringli jarayonlarning paydo bo'lishida, chuvalchangsimon o'simtabirinchi marta 1523 yilda italiyalik shifokor Berengario Da Carpi (A.G. Krieger va boshq., 2002, iqtibos keltirgan) tomonidan tasvirlanganiga qaramay, chuvalchangsimon o'simtabilan bog'liq emas deb ta'kidlangan. Chuvalchangsimon o'simtaning tasviri, uning tavsifisiz Leonardo Da Vinchi (1492) anatomik chizmalarida (J.P. Mak-Murrich tomonidan keltirilgan) va Andreas Vesaliusning "De fabrica humani corporis" (1543) fundamental asarida mavjud.

1736 yil yanvar oyida Londonda "Qirollik jamiyatining falsafiy bitimlari" asarida Sent-Jorj kasalxonasi shifokori Klavdiy Amaynd 1736 yil 6 dekabrda churra operatsiyasi paytida kashf etgani haqida xabar berdi. O'n bir yoshli bolaning o'ng tomonlamachov churrasida yiring chiqaradigan oqma paydo bo'lishi bilan murakkablashganini payqadi. Klavdiy Amaynd churra xaltasini ochdi va u erda kuchli o'zgargan va teshilgan chuvalchangsimon o'simtani topadi. U chuvalchangsimon o'simtani olib tashladi, uni qorin bo'shlig'idan ajratib turadigan xaltasini qoldiradi va bemor to'liq tuzalib ketadi.

1759 yilda fransuz jarrohi Mestivier kindikning o'ng tomonida flyuktasiyalanuvchi o'sma sifatida namoyon bo'lgan periappendikulyar abscess buyicha operatsiya o'tkazdi. Bemor vafot etadi, autopsiyada igna teshigi o'lchami kurinishda teshilgan chuvalchangsimon o'simta topiladi. Mazkur holat 1759 yil yanvar oyida «Journal de medicine, chirurgie et pharmacie» jurnalida chop qilinadi. O'simtada yot jismning mavjudligi tadqiqotchining e'tiborini chalg'itadi va yiringli jarayon shakllanishi yana chuvalchangsimon o'simta kasalligi bilan bog'liq emas deb talqin qilinadi. Biroq, bu davrda adabiyotlarda ayrim kuzatuvlar tavsifi paydo bo'ladi, unda qorinning o'ng yarmida og'riq va "passio iliaca" shakllanishi chuvalchangsimon o'simtaligi yozila boshlanadi (J. Parkinson, 1812; Louyer-Villermay, 1824; F. Melier, 1827).

Chuvalchangsimon o'simtani olib tashlash maqsadga muvofiq deb bilgan birinchilardan biri fransuz jarrohi F. Melie (1827) bo'ldi. U tomonidan bildirilgan takliflar asosan bizning zamonaviy ko'rsatmalarimizga mos keladi. 1842 yilda Vena patologoanatomiyasi Rokitskiy bu jarayonda kataral yallig'lanish ehtimolini ta'kidladi. Afsuski, bu qarashlar o'sha davrdagi tibbiyot doiralarida qo'llab-quvvatlanmagan.

Taniqli fransuz jarrohi G. Dupuytren (1833) va nemis shifokori Albers (1838) tomonidan yaratilgan "yonbosh abscesslari" sababi sifatida ko'richakning yallig'lanishi haqidagi ta'limot XIX asr tibbiyotiga mustahkam o'rnashadi va uzoq vaqt davomida kasallik haqiqiy sababni aniqlash uchun jiddiy to'siq

bo'ladi. "Tiflit", "peritiflit", "paratiflit" atamaları shu tarzda paydo bo'ldi. Keyinchalik, bu yiringli jarayonlar "Dyupyuitren abscesslari" deb ataldi, o'ng yonbosh sohasida yiringlash bilan tugaydigan barcha jarayonlar ularga tegishli deb hisoblandi.

G.Dupuytren va Albers nazariyasi bo'yicha ko'richak mezoperitoneal joylashuvida uning shilliq qavatidan yallig'lanishning atrofdagi to'qimalarga o'tishini bilan abscess shakllanishi ta'minlaydi. Rossiyada tiflit va peritiflit haqidagi ta'limot N.I. Pirogov (1852) tomonidan o'z asarlarida batafsil yoritib beriladi, u yiringli jarayonlarning turli xil lokalizatsiyasini, ularning turli sabablari va shakllarini ko'rsatgan.

G.Dupuytren va Albers nazariyasiga qarshi kurashda rus olimlarining asarlari muhim rol o'ynadi. 1850 yilda P.Yu.Nemert Tibbiy jarrohlik Akademiyasi talabalariga o'qigan ma'ruzalarda chuvalchangsimon o'simtaning teshilishi (uning fikricha, yot jismlarni bo'lishi natijasida) yonbosh abscesslarining shakllanishiga olib kelishi mumkinligini ta'kidladi. P.S. Platonov (1853) peritiflitni o'rganishga bag'ishlangan dissertatsiyasida yonbosh sohadagi abscesslarining sabablaridan biri chuvalchangsimon o'simtaning yallig'lanishi ekanligini isbotlaydi.

Biroq, R.H.Fitz (1886) tomonidan shakllantirilgan holat yonbosh abscesslari shakllanishining etiologiyasi va patogenezida kuchli pozitsiyani egallashidan ancha vaqt o'tadi. "Peritiflit doktrinasi" fundamental tadqiqotida M. I. Rostovsev(1902) chuvalchangsimon o'simtanning rolini so'zsiz tan oladi, lekin kasallikda kutish taktikasini targ'ib qiladi va operatsiyani oxirgi chora deb hisoblaydi.

Shunday qilib, o'tkir appendisit tarixi kasallik sifatida aynan "passioiliaca" bilan boshlangan, keyinchalik periappendikulyar abscessdeb ataladi.

Epidemiologiyasi. O'tkir appendisit (O'A) bilan kasallanish har 1000 aholidan 4-5 kishiga to'g'ri keladi [30, 54, 58]. Qorin bo'shlig'i organlarida o'tkazilgan barcha shoshilinch operatsiyalarda appendektomiyaning ulushi 20-50% hisoblanadi [9, 30,46, 58]. Kasallikning umr bo'yi rivojlanish xavfi 7-8%

ni tashkil qiladi (geografik farqlar haqida ham mavjud). Hech shubha yo'qki, o'tkir appendisitni davolashning yagona usuli shoshilinch operatsiya hisoblanadi. Appendektomiyadan keyingi asoratlar so'nggi 30 yil ichida sezilarli darajada o'zgarmadi va 5-8% ni tashkil qiladi, jaroahat infeksiyalari yaqqol ustunlik qiladi.

Muammoning dolzarbligi kasallikning yuqori darajasi bilan bog'liq. O'A ning dastlabki tashxisiga ega bo'lgan bemorlar shoshilinch ravishda umumiy jarrohlik profilidagi shifoxonalarga yotqizilgan barcha bemorlarning 50% hisoblanadi. Tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, O'A bilan kasallanganlikda gumon qilingan bemorlar shifoxonaga yotqizilgan bemorlarning taxminan 20-50% ni tashkil qiladi [3, 4, 6– 8, 10-12, 14, 22, 40]. Statistik ma'lumotlarga ko'ra, dunyoda har yili O'A bilan 1000 aholisidan 4 kishi og'riydi [16].

Kasallik asoratlar bilan xavfli bo'lib, ularning chastotasi, ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, 43% ga yetib boradi [1, 6, 19, 100]. Appendektomiyadan keyingi asoratlarning chastotasi 4,2 dan 16,2% [20, 21, 24, 70, 101], 50 yoshdan oshgan bemorlarda u 32,3% ga yetadi [22-24]. Mutaxassislar O'A dagi o'lim ko'rsatkichlariga ham e'tibor berishlari kerak: bu ma'lumotlar turli xil bo'lsada, ammo o'rtacha 0,1 dan 0,5% gacha [25-28, 102]. Oddiy appendisitdan o'lim kelib chiqishi juda kam uchraydi, FA bilan – o'lim 0,5%, GA bilan – 0,7% gacha, PA bilan – 1-2% gacha bo'lishi mumkin [7, 29]. GA va PA da o'lim bilan tugashi peritonitning paydo bo'lishi bilan bog'liq [15, 18, 30, 40].

Ba'zi mualliflar kasallikning davomiyligiga qarab o'lim ko'rsatkichlarining o'zgarishini o'rganishdi va uning davomiyligi bilan ularning barqaror o'sishini tasdiqladilar: kasallik boshlanganidan boshlab 6 soat ichida jarrohlik shifoxonasiga yotqizilgan bemorlarda o'lim 0,02% dan oshmadi, 6 dan 24 soatgacha – 0,09%, 24 soatdan kechroq murojaat qilganlarda – 1% [23]. Binobarin, ChO' yallig'lanishi bo'lgan og'riyan bemorlarning o'limining asosiy sababi kasallikni tashxislashdagi qiyinchiliklar tufayli kech (kasallik

boshlanganidan 24 soat o'tgach yoki undan ko'p) shifoxonaga yotqizishdir [27].

O'A ning asoratlangan shakllarida o'lim 4,3–6,8% [30, 40]; GA va PA bilan u 8-23% gacha oshadi [15, 18]. Yu.L. Shalkov fikriga [29] ko'ra, 1975 yildan 1990 yilgacha bo'lgan davrda Ukraina ayrim hududlarida destruktiv O'A dan o'lim omillar baholanadi, qoniqarsiz davolash natijalari uchun asosiy sabablari jarrohlik so'ng yuzaga keladigan asoratlar bo'lib, appendektomiya jarrohlik shifoxonada uzoq vaqt (12 dan ortiq soat) kuzatish keyin qilinganligi keltiriladi.

Adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra, o'tkir bitishmali ichak tutilishi bo'lgan bemorlarning 50% dan ortiq ilgari O'A bilan operatsiya qilingan, 28% tasdiqlanmagan O'A buyicha qilingan appendektomiyadan so'ng kelib chiqqanligi keltirilgan [15]. Bu faktlar O'A [29] diagnostikadagi mavjud usullari nomuvofiqlik, shuningdek, erta muddatlarda operatsiya qilish uchun O'A bilan bemorlarning o'z vaqtida shifoxonaga yotqizish zarurligini ko'rsatadi. Shuni ham ta'kidlash kerakki, keksa va qariya bemorlarda o'lim darajasi deyarli kattaroqdir [22-24].

Har yili amalga oshiriladigan appendektomiya operatsiyalar soni: Rossiyada –1 millionga qadar, birgina Sankt-Peterburgda 6000 ko'proq [7]; AQSh da –500000 ga yaqin [39]; operatsiyadan keyin o'lim soni hamma joyda yuqori [7, 39, 99].

Eng keng tarqalgan tasnif -bu ChO' ning morfologik o'zgarishlariga asoslangan O'A tasnifidir. Ushbu tasnifga muvofiq o'tkir oddiy va o'tkir destruktiv (flegmonoz, gangrenoz) appendisit farqlanadi [103]. Tananing reaktivligiga, kasallikning davomiyligi va og'irligiga qarab, O'A ning turli xil klinik ko'rinishlarida namon bo'lishi, boshlang'ichdan og'irgacha bo'lishi mumkinligini, bunda simptomlardan og'ir asoratlar kelib chiqishi nazarda tutiladi.

Tasnifi. Tarixiy kontekstda XIX asrda "tiflit" deb nomlangan O'A ning birinchi qiziq tasnifini eslatib o'tish lozim. Shunday qilib, 1837 yilda Albers

tiflitning quyidagi 4 shaklini ajratdi: - o'tkir; - surunkali; - axlatli; - peritiflit (V.I. Kolesov tomonidan keltirilgan [103]). Rossiyalik jarrohlardan birinchi bo'lib O'A tasnifini N.I.Pirogov taqdim etgan, u yallig'lanish infiltratining 2 shaklini – o'tkir va torpid, shuningdek yiring to'plangan sohani 3 shaklini – o'tkir flegmonoz, torpid flegmonoz va sovuq [103].

1951 yilda N.N. Yelanskiy ChO' da morfologik o'zgarishsiz O'A klinik belgilarining paydo bo'lishini qayd qilgan holda kasallikning quyidagi tasnifini taklif qilgan. 1. ChO' da anatomik o'zgarishsiz o'tkir appendikulyar sanchiq. 2. ChO' shilliq qavatidagi yallig'lanish o'zgarishlari bilan o'tkir kataral appendisit. 3. ChO' devorining chuqur qavatlarida yarali va nekrotik o'zgarishli yallig'lanishli bilan o'tkir destruktiv appendisit; ChO' devorining teshilishsiz; infiltrat shakllanishi bilan; yiringli soha shakllanishi bilan [103].

O'z navbatida, A.I. Abrikosov 1946 yilda O'A ning biroz boshqacha tasnifini taklif qildi. I. Yuzaki appendisit (birlamchi ta'sir). II.Flegmonoz appendisit. 1. Oddiy flegmonoz appendisit. 2. Flegmonoz yarali appendisit. 3. Apostematoz appendisit (teshilish bilan yoki teshilmasdan). III. Gangrenoz appendisit. 1. Birlamchi gangrenoz appendisit (teshilish bilan yoki teshilishsiz). 2. Ikkilamchi gangrenoz appendisit (teshilish bilan yoki teshilishsiz).

Kundalik faoliyatimizda biz V.I. Kolesov tomonidan taklif qilingan O'A tasnifiga amal qilamiz [103]. 1. O'tkir oddiy (yuzaki) appendisit: umumiy klinik belgilarisiz, ammo kasallikning yengil mahalliy tez o'tadigan ko'rinishlari bilan; biroz aniq umumiy klinik belgilar va kasallikning mahalliy ko'rinishlari bilan. 2. Destruktiv o'tkirappendisit (flegmonoz, gangrenoz, teshilgan): o'rtacha og'irlikdagi klinik kechish bilan, og'ir va mahalliy peritonit belgilari bilan. 3. Asoratlangan appendisit: appendikulyar infiltrat bilan; appendikulyar abscess bilan; diffuz peritonit bilan; boshqa asoratlar bilan (pileflebit, sepsis va boshqalar.).

V.I. Kolesov alohida appendikulyar sanchiqni yoki yengil appendisitni ajratib ko'rsatdi, bu o'ng yonbosh sohasida og'riq yoki bu sohani chuqur palpasiya qilish bilan yengil og'riq bilan tavsiflanadi. V.I. Kolesov

kasallikning ushbu shaklining sababini ChO' yallig'lanishi va uning tarkibidagi holat deb hisoblaydi, buy esa O'A mushaklarning spazmini keltirib chiqarishi bilan huruj xarakterli klinik ko'rinishlar namoyon bo'ladi [103].

V.I. Kolesov ning nuqtai nazari D.F. Skripnichenko [104] tomonidan hisobga oladi va O'A ning quyidagi tasnifni taklif qiladi. O'tkir appendikulyar sanchiq. 2. O'tkir oddiy appendisit. 3. O'tkir destruktiv appendisit (flegmonoz, gangrenoz). 4. O'tkir teshilgan appendisit. 5. Asoratlangan o'tkir appendisit (peritonit, abscess, appendikulyar infiltrat, jigar absessi, pileflebit va boshqalar.). Barcha jarrohlar va jarrohlik maktablari tomonidan O'A ning yagona tasnifidan foydalanish bemorlarni davolashda yagona jarrohlik doktrinasini qabul qilishga yordam berishi kerak.

Jarrohlik, biologik va morfologik mutaxassislarning O'A etiologiyasi va patogenezi haqidagi qarashlari o'zgarishi bilan bir qatorda jarrohlik taktikasi ham o'zgartirildi. Shuni ta'kidlash kerakki, XIX asr oxirigacha O'A asosan konservativ vositalar bilan davolangan, jarrohlik aralashuvi faqat peritonit kelib chiqqanda ko'rsatiladi deb hisoblangan. Agarda appendektomiya amalga oshirilsa, kasallikning qaytalanishining oldini olishi uchun faqat "sovuq davr" deb nomlangan davrda o'tkazilgan.

O'tkir appendisit diagnostikasi. Bemorlarning 80 foizida O'A tashxisi dastlabki fizikal tekshiruv asosida qo'yiladi [12, 31, 38, 55, 73]. O'tkir appendisitning klinik belgilari yetarlicha o'rganilgan va Voskresenskiy, Roving, Obrazsov, Sitkovskiy, Razdolskiy, Shetkin — Blumberg va boshqalarning umumiy qabul qilingan belgilariga asoslangan [15, 31, 49, 52, 73, 95].

O'A instrumental diagnostikasi uchun qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi, qorin bo'shlig'ining KT va laparoskopiya qo'llaniladi [45, 69, 73, 97, 101]. Ultratovush xavfsiz (nurli zo'riqish yo'qligi) va invaziv bo'lmagan diagnostika usuli bo'lib, bir nechta tadqiqotlarni o'tkazishga imkon beradi [35]. Qo'shimchanning yallig'lanishining asosiy ultratovush belgilariuning vizualizatsiyasi, devorlarining qalinlashishi, diametrining 1 sm va undan

ko'proq kattalashishi, tekshiruv paytida rigidlik va peristaltikaning bulmasligi, uni nishon sifatida vizualizasiya qilinishi (kesmasida) va boshqalar [20, 53]. Bir qator mualliflar O'A ning bilvosita belgilarini ham ajratib ko'rsatishadi: o'ng yonbosh sohasida suyuqlik mavjudligi, ko'richak gumbazi devorining qalinlashishi va o'ng yonbosh sohasida ingichka ichak qovuzloqlarining pnevmatizasiyasi [23, 35]. Ultratovushning sezgirligi va o'ziga xosligi mos ravishda 90,3 va 97,3% ga yetadi [49, 52]. Shunday qilib, O'A diagnostikasida ultratovush tekshiruvi bemorni tekshirishning xavfsiz va juda informasion usuli hisoblanadi, ayniqsa O'A ning noaniq klinik ko'rinishi bilan kechganda.

O'A ni tekshirishda KT va ultratovush tekshiruvidan birgalikda foydalanish bo'yicha xorijiy adabiyotlarda nashrlar mavjud. Ushbu usullarning kombinasiyasi diagnostika aniqligini 98% gacha oshirish ga imkon beradi [48, 96]. KT appendikulyar infiltratda (AI) periappendikulyar abscessni tekshirish uchun ayniqsa muhimdir [3,21]. O'A ga shubha bo'lganda an'anaviy diagnostika usullaridan foydalanishga qaramay, turli mualliflarning fikriga ko'ra, noto'g'ri tashxis qo'yish chastotasi 17-47% ni tashkil qiladi [12, 38, 55, 56]. Bunday yuqori ko'rsatkich bir qator boshqa kasalliklarning o'xshash klinik ko'rinishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin [12, 38, 55, 56]. Noto'g'ri tashxis keraksiz operasiyaga yoki jarrohlik davolanishni kechiktirishga va asoratlarni rivojlanishiga olib keladi [13].

Shunday qilib, O'A diagnostik xatolarining yuqori chastotasi bemorni tekshirishni optimallashtirish zarurligini aniqlaydi [12, 18, 38,55].

O'A diagnostikasida laparoskopiya.

Bolalar abdominal xirurgiyasida laparoskopiya: tarixiy aspektlar.

Pediatriya amaliyotida laparoskopik xirurgiya bosqichma-bosqich rivojlandi. Dastlab, xolesistektomiya kabi katta yoshdagi bemorlarda amalga oshiriladigan eng keng tarqalgan laparoskopik operasiyalar asosan bolalarning anatomik va fiziologik xususiyatlariga moslashtirildi, keyin minimal invaziv usullar maxsus operasiyalarda, masalan, qizilo'ngach atreziyasini rekonstruksiyasida qo'llanildi. Bolalar laparoskopiyasining rivojlanishini

xronologik tartibda taqdim etish yaxshiroqdir. Rossiyalik bolalar jarrohlari N. KushvaA. Timchenko (1969) birinchi marta pediatriyada laparoskopik xirurgiyadan foydalanganligi haqida xabar berishdi. Mualliflar qorin bo'shlig'I va retroperitoneal bo'shliqning turli kasalliklari bo'lgan 106 bolani laparoskopik jarrohlik davolash natijalarini taqdim etdilar [82]. Laparoskopiyaning noyob diagnostik imkoniyatlari tufayli tashxisi noaniq bemorlarda kasallikni tekshirish va yaxshi natijalarga erishish ancha osonlashgani ko'rsatildi va faqat ikki yil o'tgach, 1971 yilda shunga o'xshash ish amerikalik bolalar jarrohlari D L. Gans va G. Bersi tomonidan nashr etilgan. 1982 yilda B. Manegold va H. Schlicker yangi tug'ilgan chaqaloqda qorin bitishmalarini ajratish uchun operatsiya o'tkazdilar. Xuddi shu yili Pirogov nomidagi 2-Moskva Davlat tibbiyot institutining bolalar jarrohlik klinikasida invaginasiyalarni davolashda laparoskopik yondashuv qo'llanildi [48].

1991 yilda J.Valla va boshq. Bolalarda birinchi laparoskopik appendektomiyani bajarishdi va J. Alain va boshq. - tug'ma gipertrofik pilorostenozni laparoskopik davolashni amalga oshirishdi.

1992 yilda M. Koyle va hamkasblari go'dak bolada laparoskopik nefrektomiyani amalga oshirishdi, 1993 yilda, kattalarda laparoskopik Nissen fundoplikasiyasi o'tkazgandan 2 yilo'tgach, T. Lobe va K. Georgeson laparoskopik usulda bolalarda xuddi shunday operatsiyani amalga oshirdilar. Rossiya amaliyotida bu operatsiyalar 2003 yildan beri — A. Razumovskiyning muvaffaqiyatli tajribasidan keyin amalga oshirilib kelinmoqda [63].

1995 yilda D.Vander Zee va N.Bax diafragma churrasi, malrotasiya, tuxumdon kistasi bartaraf qilish operatsiyalarida laparoskopik usuldan foydalandilar. 1996 yilga kelib Girshprung kasalligini laparoskopik davolashda yetarli tajriba to'plandi, Svenson, Soaveva Dyamel operatsiyalari ishlab chiqildi va qo'llanildi; o'shayili R. Powell ichak tutilishi bilan yangi tug'ilgan chaqaloqda laparoskopik anastomozni amalga oshirganligini haqida xabar berdi.

Bolalarda minimal invaziv jarrohlik aralashuvlar sonining asosiy o'sishi XXI asr boshlarida sodir bo'ldi. Shunday qilib, H. Jen va S. Shew, ma'lumotlariga ko'ra, o'tkir appendisitni davolashda laparoskopiyadan foydalanish 7 yilichida (1999 yildan 2006 yilgacha) 18,6 dan 52% gacha oshdi. Va boshqa mualliflar tomonidan olingan ma'lumotlarga ko'ra, Qo'shma Shtatlarda laparoskopik usulda bolalarda bajarilgan operatsiyalar ulushi 1997 yildan 2005 yilgacha 10% dan 95% gacha oshgan.

Hozirgi vaqtda ko'plab mualliflar laparoskopiyani noaniq holatlarda O'A diagnostikasining asosiy usuli deb hisoblashadi [14, 33, 62, 94]. Bu usul nafaqat asossiz appendektomiyalardan qochish, balki O'A klinik ko'rinishini taqlid qiluvchi boshqa kasalliklarni aniqlash imkonini beradi [41, 67]. O'A ning intraoperasion belgilarini bevosita va bil vositaga bo'lish mumkin.

Bevosita belgilarga chuvalchangsimon o'simtadagi ko'rinadigan o'zgarishlar-rigidlik, seroz qavatning gemorragiyalar bilan giperemiyasi, fibrin qoplamasi, o'simta tutqichi infiltrasiyasi kiradi. Bil vosita belgilar-bu qorin bo'shlig'ida, asosan o'ng yonbosh chuqurchasida va kichik chanoq sohasida xira suyuqlikning mavjudligi, ko'richak gumbaz devorining giperemiyasi va infiltrasiyasi. Bil vosita belgilarga asoslanib, uni aniq vizualizasiya qilish mumkin bo'lmagan hollarda chuvalchangsimon o'simtadagi destruktiv o'zgarishlarni taxmin qilish mumkin [15, 29, 32, 52].

Chuvalchangsimon o'simtaning yallig'lanishini aniqlashda laparoskopiya-ning sezgirligi 98,2-100% ni tashkil qiladi. Shu bilan birga, usulning alohida qiymati diagnostikadan davolashga o'tish imkoniyatidir [2, 49]. Aksariyat mualliflarning fikriga ko'ra [42, 59, 63, 65, 76, 84, 102], O'A shubxa qilingan taqdirda diagnostik laparoskopiyani o'tkazish uchun ko'rsatma, noaniq klinik ko'rinishga ega bo'lgan, uni dinamikada kuzatuv davomida O'A tashxisini istisno qilish mumkin bo'lmagan holatlar hisoblanadi [28, 42, 55, 64, 71, 88, 89]. Laparoskopiya uchun nisbiy ko'rsatmalar bor— III—IV darajali semirish va qorin old devoridagi yaqqol teri osti yog' klechatkasi mavjudligi. Bunday bemorlarda o'ng yonbosh sohasida an'anaviy kesma

katta o'lchamda bo'ladi va operasiyadan keyingi jarohat asoratlari soni 16,2% ga yetadi [12, 30, 32, 33, 65].

Diagnostik laparoskopiyaga qarshi ko'rsatmalar O'A shubha qilingan taqdirda barcha endo xirurgik aralashuvlar uchun umumiy va O'A ning xususiyatlari bilan bevosita bog'liqdir. Laparoskopik operasialarni bajarish uchun umumiy qarshi ko'rsatmalar, aksariyat jarrohlarning fikriga ko'ra

- ASA tasnifiga ko'ra III va IV sinf anestetik xavfdir. Bunday holda, pnevmoperitoneum va o'pkaning sun'iy ventilyasiyasi bilan umumiy anesteziyani qo'llash appendektomiyaning o'zidan ko'ra xavfliroqdir [27, 34, 51, 65];

- qon ivish tizimining og'ir buzilishlari [27, 51, 65];

- homiladorlikning II va III trimestrlari [27, 51, 65]. Ko'pgina jarrohlar homiladorlik, ayniqsa uning kechki bosqichlari endoxirurgik aralashuvga mutlaq qarshi ko'rsatma deb hisoblashadi [4, 30, 55, 65]. Biroq, laparoskopik appendektomiyadan (LAE) muvaffaqiyatli foydalanish turli homiladorlik davrlari bo'lgan ayollarda ham qayd yetilgan, homiladorlik esa barcha holatlarda saqlanib qolgan [39, 87, 99].

LAE ni bajarishga qarshi ko'rsatmalar hozirda muhokama mavzusi bo'lib qolmoqda va quyidagilar:

- laparotomiya va ichak dekompressiyasini talab qiluvchi ichak parezi asoratlari bilan V.S. Savelev (2009) tasnifi bo'yicha tarqalgan peritonit [12, 27, 29, 33, 42, 65, 80];

- bu appendektomiyaga qarshi ko'rsatma bo'lgan, zich AI [12, 27, 33, 42, 65, 80];

- periappendikulyar abscess [12, 27, 33, 42, 65, 80];

- chuvalchangsimon o'simtaning asos sohasidan teshilishi [7, 17].

Tarqalgan peritonitga kelsak, barcha mualliflar bir ovozdan va bu o'rta laparotomiya, manbani bartaraf qilish, qorin bo'shlig'ini yetarli darajada sanasiya qilish va naylash uchun ko'rsatma deb hisoblashadi [12, 27, 33, 42, 64, 65, 80]. AI har doim har qanday jarrohlik aralashuvga qarshi ko'rsatma

bo'lib xizmat qilishiga qaramay, AI hozirda sharoitida LAE uchun yetarli texnik jihozlar va katta tajriba ga ega bo'lgan operatsiya qiluvchi jarroh bajarish imkoniyati haqida xabarlar mavjud [38, 47]. Moskva Sog'liqni saqlash boshqarmasi bosh jarrohi prof. A.S. Yermolov so'zlariga ko'ra, buni mumkin emas va bu og'ir asoratlarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin[21, 42].

Periappendikulyar abscess mavjud bo'lganda laparoskopik operatsiyalarni bajarish imkoniyati haqidagi savol hal qilinmagan. Xavf pnevmoperitoneum vaqtida abscessning ochilishi natijasida uning tarkibini qorin bo'shlig'iga tarqalishi yotadi [12, 55, 56]. AI abscesslanishida uni ochish va drenajlanish N.I. Pirogov buyicha qorin pardadan tashqari kesim bilan ochiq usulda yoki ultratovush tekshiruv nazorati ostida minimal invaziv usul bilan amalga oshiriladi [3, 20, 21, 29].

Biroq, A.D. Kochkin [37], siyrak AI ni laparoskopik ajratish paytida ochilgan abscess LAE uchun qarshi ko'rsatma bo'lmaydi. Abscess bo'shlig'ini sanasiya qilgandan so'ng, operatsiyani endoxirurgik usul bilan bajarish mumkin. AO' anaviy appendektomiya usuliga o'tish chastotasi turlicha 1,2—18,6% [41, 60, 64, 68, 78]. 30% dan ortiq hollarda konversiyaning sababi LAE ning intraoperasion asoratlaridir [68].

Turli mualliflarning fikriga ko'ra, O'A shubha qilinganda o'tkaziladigan diagnostik laparoskopiya bosqichida yuzaga keladigan asoratlar bemorlarning 1-3,2 foizida uchraydi [12, 25, 30, 41, 55, 65, 68, 72, 88]. Quyida umumiy laparoskopiya bosqichiga xos asoratlar keltirilgan:

- ventilyasion va gemodinamik o'zgarishlar natijada qorin bo'shlig'idagi bosimning oshishi, xususan ko'krak qafasi organlariga diafragma bosimining oshishi bilan bog'liq [4, 30];

- qorin old devori va qorin bo'shlig'i tomirlarini, qorin bo'shlig'i kovak va parenximatoz organlarning yatrogen jarohatlari [24, 79, 103].

Shunday qilib, adabiyotda O'A da laparoskopiya uchun ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar, shuningdek usulni konversiya uchun ko'rsatmalar haqida

qarama-qarshi ma'lumotlar keltirilgan. Shuning uchun bu savol qo'shimcha o'rganish va standartlashtirishni talab qiladi.

Laparoskopik appendektomiya. Zamonaviy LAE metodologiyasi 1987 yilda F. Gotz (Germaniya) tomonidan taklif qilingan. LAE ning asosiy bosqichlari diagnostika, shu jumladan pnevmoperitoneumni yaratish, umumiy laparoskopiyani tahlil qilish; chugalchangsimon o'simtani asosigacha mobilizasiya qilishdan iborat davolash (koagulyasiya, tikish va apparat usullari), uning asosini bog'lash (asosni ligaturalash va cho'ktirish va kesish usullar), chugalchangsimon o'simtani kesish va uni qorin bo'shlig'idan olib tashlash, qorin bo'shlig'ini sanasiyasi va naylash, desuflyasiya va troakar jarohatlarini tikish [12]. Shu bilan birga, bir qator jarrohlar qorin bo'shlig'ini naylashni faqat peritonit yoki periappendikulyar abscess bo'lganda amalga oshiradilar [30, 55]. Boshqalar destruktiv appendisitni [30] har qanday shaklda ham albatta qorin bo'shlig'i naylashni tavsiya qilishadi.

Chugalchangsimon o'simtani mobilizasiya bosqichida koagulyasiya va chugalchangsimon o'simta tutqichining kesishishi uchun bir nechta variant taklif qilingan: mono – yoki bipolyar koagulyasiya, tutqichni bog'lash, appendiks arteriyasini klipirlash, shuningdek, o'zaro tikuvchi qurilmalardan foydalanish [40, 41, 54,65]. Ko'pgina jarrohlar bipolyar elektrokoagulyasiyani eng samarali va xavfsiz usul sifatida qo'llashni taklif qilishadi. Chugalchangsimon o'simtaning tutqichini bog'lash moslamalaridan foydalanish jarrohning ishini juda osonlashtiradi, chunki bir vaqtning o'zida chugalchangsimon o'simtaning mobilizasiyasi bilan uning cho'ltog'iga ishlov beriladi [70].

Bir qator jarrohlar chugalchangsimon o'simta arteriyasini va uning tarmoqlarini alohida klipirlashni, so'ngra tutqichning kesishishi amalga oshiradilar [12, 55]. Chugalchangsimon o'simta cho'ltog'iga ishlov berish uchun bir nechta texnikalar taklif qilingan: ligatura usuli, cho'ltog'ni klipirlash, apparat usuli va cho'ktirish. Bundan tashqari, ularning turli xil modifikasiyalari va kombinasiyalari ishlatiladi [11, 17, 30]. Ligatura usuli

davolashning dunyoning aksariyat klinikalarida qo'llaniladi, buning arzonligi va amalga oshirish qulayligi bilan izohlanadi. Shu bilan birga, usulning ishonchliligi minglab endojarrohlik va ochiq operatsiyalar natijalari bilan isbotlangan [14, 30, 47, 90].

Chuvalchangsimon o'simta cho'ltog'iga ishlov berishda ligatura usulining ekstrakorporalliga turalar hosil qilish va ilmoqlar yoki tugunlarning intrakorporal shakllari qo'llaniladi [16, 55, 61]. O'simta cho'ltog'ini metall klipslar bilan klipirlash usuli ham qo'llaniladi. Ular ham xuddi shunday ligatura singari cho'ltog'ga qo'yiladi yoki chuvalchangsimon o'simta asosi keng bo'lganda narvonsimon tarzda qo'yiladi [30, 37].

Shuni ta'kidlash kerakki, ba'zi tadqiqotchilar ligaturalar yoki klipslar orasidagi katta diastazni infiltratlar va ba'zan jarrohlik sohasidagi absesslarga moyil bo'lgan omil deb hisoblashadi [47, 70]. Chuvalchangsimon o'simta cho'ltog'iga ishlov berishda eng qulay va xavfsiz varianti tikuv moslamalaridan foydalanishdir. Bunda EndoGIA-L30 (Auto Suture) qurilmalar foydalanish mumkin [24, 38, 63]. Ushbu texnikadan foydalanish operatsiya narxining oshishiga olibkeladi, bu umumiy amaliyotda apparat usulidan foydalanishni cheklaydi [22, 66].

LAE cho'ktirish variantlari kiset shakllantirish, bitta Z-simon shaklidagi chok yoki ko'richak devorida alohida tugunli choklar shakllantirish orqali chuvalchangsimon o'simta cho'ltog'ini cho'ktirish bajariladi [56]. O.E. Lusevich va A.L. Andreyev endoxirurgik cho'ktirish usuli yordamida ular tomonidan bemorlarda o'tkazilgan operatsiyalarda cho'ltoq yetishmovchiligi, shuningdek, jarrohlik sohasida infiltrat yoki absess kabi operatsiyadan keyingi asoratlar uchramaganligi qayd etilgan [6, 47].

Xorijiy adabiyotlarda bipolyar elektrokoagulyasiyani chuvalchangsimon o'simta cho'ltog'iga ishlov berishda muvaffaqiyatli eksperimental va klinik qo'llanilishlar to'g'risida ma'lumotlar keltirilgan. Tadqiqotchilar bu usulning xavfsizligi, intraoperasion va operatsiyadan keyingi asoratlarni yo'qligi, shuningdek qorin bo'shlig'ida [74,83] yot jismlari yo'qligi kabi afzalliklari

haqida yozishgan. Biroq, bizning fikrimizcha klinik material 60 ta kuzatuvdan iborat bo'lganda, bu usulning xavfsizligini baholash uchun yetarli emas.

Chuvalchangsimon o'simta cho'ltog'iga ishlov berishning maqbul usulini aniqlash uchun 1960 yilda A.I. Lenyushkin tomonidan o'tkazilgan eksperiment qilishda appendektomiyaning ligatura usulida cho'ltoq asta-sekinlik bilan ko'richak gumbaziga mustaqil ravishda cho'kishini isbotladi. Muallif davolashning ligatura usuli qo'llanilgandan keyin muqarrar bitishma shakllanishining ko'payishi haqidagi tezisni inkor qildi. Qorin bo'shlig'idagi bitishmali jarayon hisobiga kelib chiqadigan asoratlari soni appendektomiyaning ligatura va cho'ktirish usulida ham bir xil [43]. Biroq, ushbu eksperimentda hozirgi kunda keng tarqalgan chuvalchangsimon o'simta cho'ltog'ini klipirlash usuli yetarlicha o'rganilmagan va taqqoslanmagan.

Laparoskopik appendektomiya asoratlari. Mahalliy va xorijiy mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, LAE dan keyin asoratlarning chastotasi 0,2—8,3% [1, 4, 30, 41, 65]. Ochiq appendektomiyadan so'ng bu ko'rsatkich ancha yuqori — 5,4—12,6% [27]. Asoratlarning asosiy soni laparoskopik usulni o'zlashtirish bosqichida sodir bo'lib, ba'zi mutaxassislarda 12,3% ga yetadi [8].

LAE asoratlari intraoperasion va operasiyadan keyingi turlarga bo'linadi. LAE ning intraoperasion asoratlari quyidagilar kiradi:

- appendiks arteriyasidan qon ketish. Bu asorat tez-tez uchrashi (hollarda 0,1-2,3%) usulni o'zlashtirish davrida sodir bo'ladi va o'simta tutqichiga ishlov berish variantlariga bog'liq emas [12, 30, 41, 55, 68];

- endoligaturani mahkamlashda chuvalchangsimon o'simtani kesishishi [25, 30, 65, 68, 88];

- chuvalchangsimon o'simtani mobilizatsiya qilish bosqichida yoki o'simta cho'ltog'ini shilliq qavatining koagulyatsiyasi paytida ko'r ichak gumbazini elektroxirurgik kuydirish [30, 55, 65, 88].

O'z navbatida, operasiyadan keyingi asoratlarga qorin bo'shlig'i asoratlari, operasiyadan keyingi troakar jarohatini yiringlashi kiradi. Qorin bo'shlig'i asoratlariga quyidagilar kiradi:

1) yiringli-yallig'lanish (infiltrat va qorin bo'shlig'ining absessi) LAE dan keyin 2,8-7,4% hollarda qayd etiladi [1, 5, 14, 27, 30, 38]. Ushbu ko'rsatkichlar an'anaviy operasiyaning o'xshash natijalaridan biroz yuqori (1,9-5,4%). Tadqiqotchilar LAE [32, 58, 66] chuvalchangsimon o'simtani cho'ltog'iga ishlov berish ligatura usulidan foydalanish bilan bog'laydilar. Biroq, boshqa ma'lumotlarga ko'ra, LAE qorin bo'shlig'i asoratlari sonining ko'payishiga olib kelmaydi(1,5—5,2%) [27, 50, 93].

2) klinik ko'rinishi "beshinchi kun" sindromi sifatida tavsiflangan chuvalchangsimon o'simtani cho'ltog'i yetishmovchiligi 0,1—0,3% hollarda uchraydi va o'simta asosida yallig'lanish jarayonlari mavjud bo'lganda holatda cho'ltog'iga ishlov berishda ligatura usulidan foydalanish yoki ko'richak gumbazining koagulyasiya vaqtida shikastlanishi bilan bog'liq [1, 5, 14, 27, 30, 38, 92].

Laparoskopik usuldan keyin troakar jarohatlarining yiringlashi 0,5-5,4% hollarda uchraydi[5, 17,50, 57, 77]. Ko'pincha, ularning rivojlanishi endokonteyner ishlatmasdan troakar jarohati orqali chuvalchangsimon o'simtani olib tashlashning noto'g'ri chiqarilishi bilan bog'liq. Taqqoslash uchun, an'anaviy appendektomiyadan so'ng, asorat darajasi sezilarli darajada yuqori va 5,6 dan 12,6% gacha farq qiladi [19, 27, 44].

Tajriba to'planib borishi va LAE texnikasini takomillashishi bilan ko'pchilik jarrohlar operasiyadan keyingi asoratlar sonining 1,5 - 2 baravar kamayganini qayd etishdi [5, 50, 77]. O'A davolashning laparoskopik va an'anaviy usullaridan so'ng bemorlarni davolash natijalarini taqqoslaganda, mualliflar laparoskopik jarrohlikdan keyin og'riq sindromining og'irligi sezilarli darajada pasayganligini qayd etadilar, bu kamroq jarrohlik travmasi bilan bog'liq [26, 81].

Laparoskopik operasiyadan keyin stasionar davolanish muddati 2,5-6,6 kun. Taqqoslash uchun, an'anaviy operasiyadan so'ng, davolanish muddati biroz ko'proq-4,7-10,4 kun, bu nafaqat usulning katta travmatizmi, balki operasiyadan keyingi asoratlarning yuqori chastotasi bilan ham bog'liq [10, 37, 38, 63, 98].

Shunday qilib, laparoskopik usul, aksariyat olimlarning fikriga ko'ra, ochiq jarrohlikdan bir qator shubhasiz afzalliklarga ega, xususan:

- kamroq travmatik usul;
- qorin bo'shlig'i organlarini to'liq taftish qilish, ayniqsa differensial diagnostika zarur bo'lsa;
- operasiyadan keyingi asoratlari, ayniqsa jarohat asoratlari chastotasini kamligi;
- shifoxonada bemorlarni davolash muddatini qisqartirish hisobiga foydali iqtisodiy samaraga erishish [17, 26, 72, 75, 82, 85].

Taqdim etilgan ma'lumotlarga qaramay, bir qator jarrohlar hali ham laparoskopiyaning an'anaviy jarrohlikdan afzalliklari yo'qligi haqidagi ma'lumotlarni keltirmoqdalar [93]. Laparoskopik usulning eng ko'p qayd etilgan kamchiliklaridan biri uning yuqori narxidir [36, 86, 91, 104]. Biroq, LAE natijalarini umumiy baholash (bemorlarni tezda faollashtirish, stasionar davolanish muddatini qisqartirish va erta ijtimoiy va mehnat rehabilitatsiyasi) bu usulni T.J. Heikkinen [81] fikriga ko'ra, yakunda iqtisodiy jihatdan foydaliroq.

Shunday qilib, laparoskopiya yordamida O'A diagnostikasi va davolashda jarrohlik yondashuvning yagona standartlari mavjud emas. Adabiyotlarda O'A shubha qilingan hollarda diagnostika va davolash laparoskopiyaga ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar to'g'risida qarama-qarshi ma'lumotlar keltirilgan.

Chualchangsimon o'simta tutqichiga ishlov berishning turli xil variantlari va uning cho'ltog'ini ishlov berishning turli usullari taklif etilgan. Shu bilan birga, adabiyotlarda tavsiya etilgan usullarning ilmiy asoslangan afzalliklari va kamchiliklarini aks etmagan.

2-BOB.

TADQIQOT MATERIALLARI VA USULLARI

2.1 Klinik tadqiqotlarning umumiy xususiyatlari.

Ish Samarqand Davlat tibbiyot universiteti klinik bazasida (rektor-prof. J.A. Rizayev) va Samarqand viloyat bolalar ko'p tarmoqli tibbiyot markazida olib borildi (bosh vrach- t.f.d. M.K. Azizov).

Tadqiqot appendisitning turli shakllari bilan operatsiya qilingan 100 nafar bemorning kasallik tarixini tahlil qilishga asoslangan.

2.1-jadval

Chualchangsimon o'simta patologiyasi bo'lgan bemorlarni asosiy guruhga va taqqoslash guruhiga yosh bo'yicha taqsimlanishi.

guruh \ yosh	yosh, yil				Hammasi
	3-7 yosh	7-10 yosh	10-15 yosh	15-18 yosh	
1 guruh	4	10	15	21	50
2 guruh	2	6	20	22	50
Jami	6	16	35	43	100

Tadqiqotda 2006 yilda O.V. Karasev tomonidan taklif qilingan bolalarda o'tkir appendisit tasnifidan foydalanildi.

Nodestruktiv appendisit (kataral, ikkilamchi, surunkali, chualchangsimon o'simtadagi axlat toshi)

Destruktiv appendisit (flegmonoz, gangrenoz)

Destruktiv appendisitning asoratlari: chualchangsimon o'simta empiyemasi, ikkilamchi visseritlar, chualchangsimon o'simta teshilishi, appendikulyar infiltrat, appendikulyar peritonit.

Ma'lumotlarni talqin qilish qulayligi uchun barcha bolalar yagona tekshirish standarti bo'yicha tekshirildi. Umumiy qabul qilingan klinik usullar bilan bir qatorda, shikoyatlarni tahlil qilish, anamnez ma'lumotlari va obyektiv tekshiruv (puls, nafas olishtezligi, tana harorati, siyish va boshqalar), aniq maqsadli laboratoriya va instrumental tadqiqotlar o'tkazildi.

Bemorlarni tekshirish klinik va anamnestik ma'lumotlarni tahlil qilishdan boshlandi. Biz shikoyatlarni, kasallik anamnezini, hayot anamnezini o'rgandik. O'A ning yetakchi belgisi sifatida og'riq sindromining og'irligiga e'tibor qaratildi. Og'riqning tabiati, paydo bo'lish shartlari, lokalizatsiyasi va irradiatsiyasi, shuningdek Koxer simptomining mavjudligi o'rganildi. Kasallikning boshlanishidan o'tgan vaqtga, tana haroratining ko'tarilishi bilan namoyon bo'ladigan intoksikasiyaning mavjudligiga, siydik-tanosil tizimida ilgari o'tkazilgan kasalliklari va qorin bo'shlig'i organlariga jarrohlik aralashuvlarga alohida e'tiborga olindi.

Obyektiv tekshiruv davomida hamroh kasalliklarni aniqlash uchun bemorlarning umumiy ahvoli, organlar va tizimlarning holati baholandi. Tekshiruv davomida qorinning shakli va hajmiga, operatsiyadan keyingi chandiqlar, qorin old devorining churralari mavjudligiga e'tibor qaratildi. Qorin bo'shlig'i organlarini tekshirishning fizik usullari qo'llanildi, qorin parda ta'sirlanish simptomlari aniqlandi.

O'A diagnostikasining murakkabligi shundaki, u faqat klinik ma'lumotlarni tahlil qilishga asoslangan, chunki O'A uchun maxsus laboratoriya tekshirish ma'lumotlari mavjud emas.

2.2 Tadqiqot usullari

Barcha bemorlar qon, siydik, qon guruhi va rezus-faktori, protrombin indeksi, qon ivishi va qon ketish davomiyligi standartlashtirilgan usullar yordamida umumiy klinik tekshiruvdan o'tkazildi. Kasallikning atipik klinik belgilari bo'lganda qon biokimyoviy tahlillari o'tkazildi.

Shubhali klinik belgilarga ega bo'lgan barcha bemorlarda qorin bo'shlig'i, buyraklar va siydik tizimining ultratovush tekshiruvi o'tkazildi. Ultratovush

tadqiqotlari TOSHIBA XARIO 200 va CANONAPLIO 300 ekspert sinfidagi ultratovush qurilmalarida 3-10 Mgs konveksik datchik, 4-16 Mgs chiziqli datchik va 1-8 Mgs hajmli datchik yordamida amalga oshirildi.

Jarrohlik davolash usulining samaradorligini baholash uchun quyidagi ko'rsatkichlar baholandi: operasiya davomiyligi, tana haroratining normallasishi, ichakni tibbiy stimulyasiya qilish zarurati, ichak peristaltikasining tiklanish vaqti, faollashuv vaqti, operasiya vaqtidagi qon yo'qotish hajmi, ichak peristaltikasini tiklash, bemor shifoxonaga yotqizish muddati, og'riq qoldiruvchi vositalardan foydalanish zarurati va davomiyligi, operasiyadan keyingi kosmetik nuqson, konversiyalarning soni va sabablari.

Bemorlar jarrohlik davolash usuliga qarab ikkita teng guruhga bo'lindi. Ikkala guruh ham bemorlar soni, yoshi va jinsi bo'yicha taqqoslanadi va shuning uchun ikkala guruhni solishtirish va statistik jihatdan ishonchli ma'lumotlarni olish mumkin bo'ldi.

1-guruh. Tadqiqot guruhiga ochiq (an'anaviy) usulda operasiya qilingan appendisitning turli shakllari bo'lgan 50 bola kirdi. O'g'il bolalar 64,% (_32), qizlar 36,% (_18) ni tashkil etdi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $11,2 \pm 2,3$ tashkil etdi (3 yoshdan 18 yoshgacha). Destrukti va appendisit shakliga qarab jarrohlik davolash natijalarini o'rganish uchun retrospektiv klinik tadqiqot o'tkazildi.

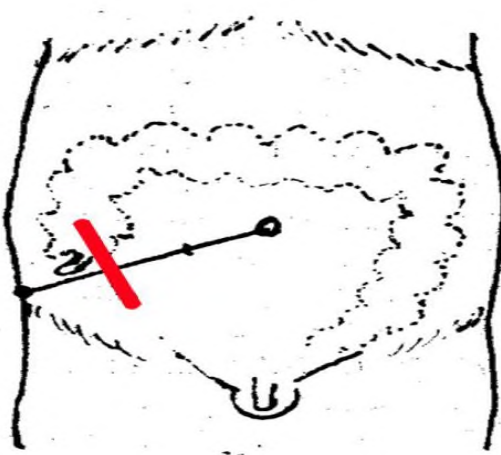
Bemorlarning bu guruhida appendisit jarrohlik davolash an'anaviy (ochiq) appendektomiya amalga oshirildi.

Operasiya o'ng yonbosh sohasidagi qiya o'zgaruvchan kesmadan amalga oshirildi (Volkovich-Diakonov kirish yo'li). Teri kesmasi *Mak Burney* nuqtasidan o'tadi, kesmaning 1/3 qismi yuqorida va 2/3 qismi shu nuqtadan pastda (2.1A-rasm). Kesmaning kattaligi operasiyaning asosiy bosqichining erkin bajarilishini ta'minladi va o'rtacha 4 dan 8 smgacha. Teri va teri osti to'qimasini ajratgandan so'ng, tashqi qiyshiq mushakning aponevrozi ajratildi, tashqi va ichki qiyshiq mushaklar tolalar bo'ylab ochiladi, qorin parda yalong'ochlanadi. Qorin bo'shlig'ini ochishdan oldin jarohat doka salftikalari

bilan ajratiladi. Ichaklarga zarar yetkazmaslik maqsadida qorin parda ko'tariladi.

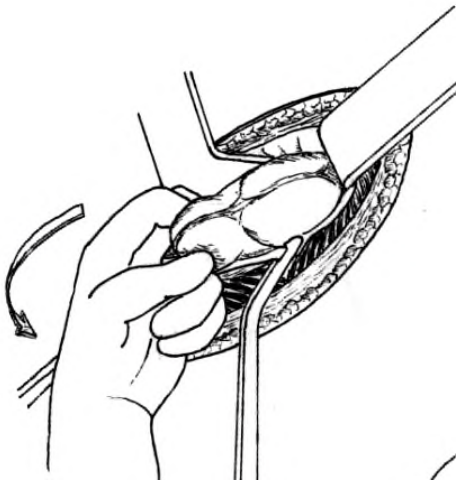
Kesmani amalga oshirgandan so'ng, ko'richakning gumbazi topildi va teniyasi yaqinlashish joyida uning pastki medial yuzasidan cho'zilgan chuvalchangsimon o'simta bilan jarohatga olib chiqiladi (2.1 B-rasm).

Yallig'langan chuvalchangsimon o'simta olib chiqilgandan so'ng, uning tutqichi qisqichlar bilan qisiladi va unda keladigan tomirlar bog'landi (2.1 V, G-rasm). Chuvalchangsimon o'simta asosida qisqich bilan siqiladi, ketgutli ligatura (yoki boshqa so'riluvchi material) bilan bog'langan, va chuvalchangsimon o'simta asosidan 1-1,5 sm chekkadan kissetlik chok ko'richak gumbaziga qo'yiladi (2.1D-rasm). Chuvalchangsimon o'simtada qo'yilgan ligatura ustida kesiladi, cho'ltoq 5% yod eritmasi bilan ishlov beriladi.



2.1-rasm. *Appendektomiya bosqichlari* (A)

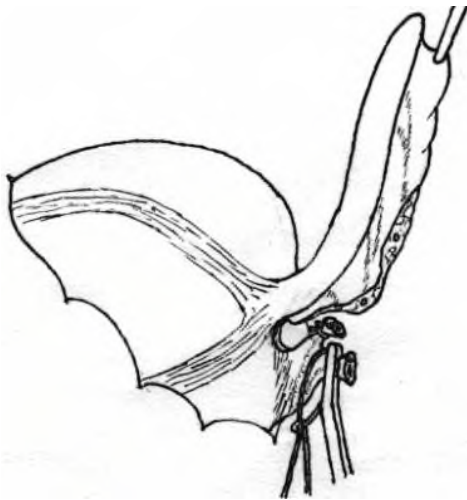
Manosi matnda qayt etilgan



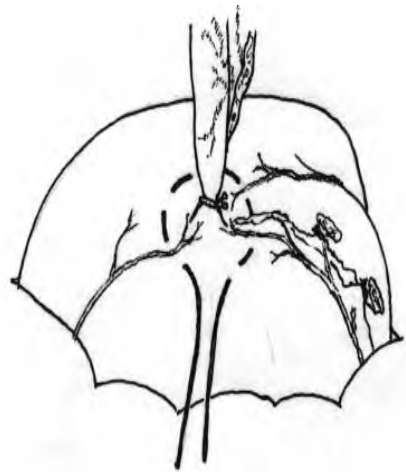
B



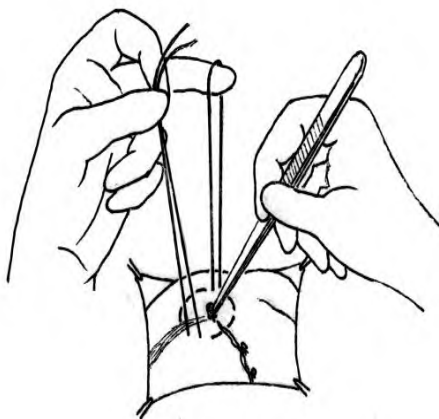
V



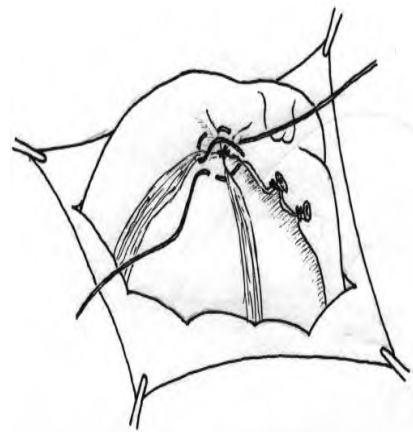
G



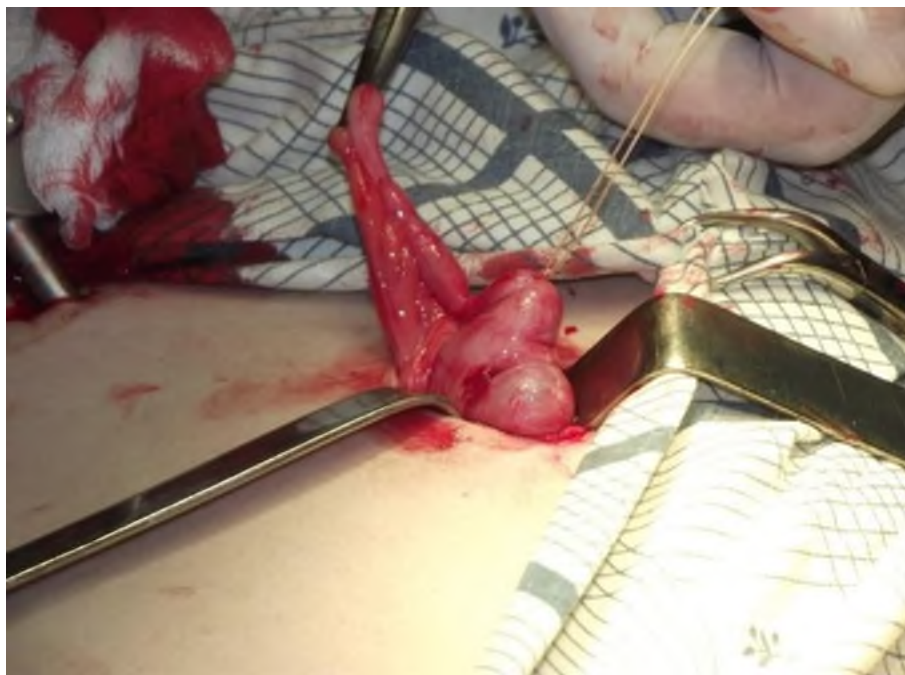
F



H



J

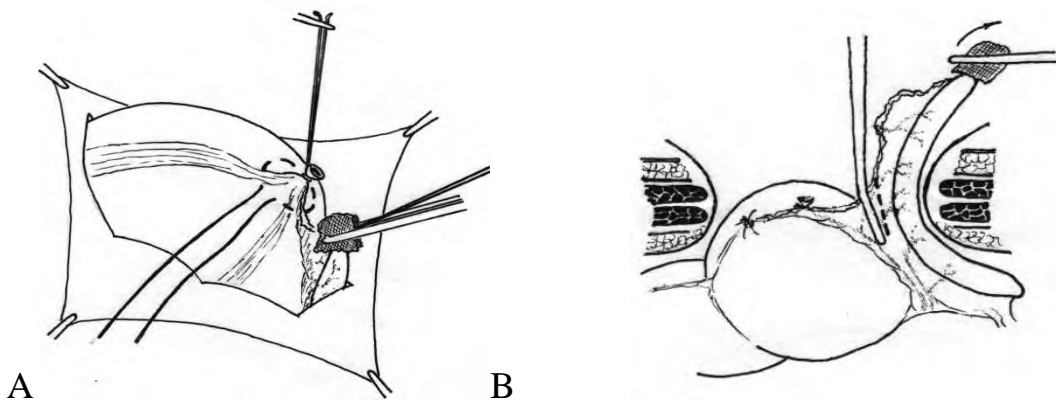


2.2-rasm. Appendektomiya bosqichlari

Agar chuvalchangsimon o'simta jarohatga olib chiqishni iloji bo'lmasa, retrograd appendektomiya o'tkazildi. Shu bilan birga, dastlab chuvalchangsimon o'simtaning asosidan kesiladi, cho'ltoq yuqorida tavsiflangan usul bilan ko'richak bo'shlig'iga cho'ktiriladi (2.2A-rasm). Cho'ltoq cho'ktrilgandan so'ng, manipulyasiyasi o'tkazishda ko'proq joy bo'lishi ko'richak qorin bo'shlig'iga kiritiladi. Chuvalchangsimon o'simtaning tutqichiga qisqichlarni qo'yilib va appendiks o'langan joyidan ajratilib, asta-sekin kesib olib tashlanadi (2.2B-rasm),

Chuvalchangsimon o'simta olib tashlangandan so'ng, kichik chanoq bo'shlig'i, o'ng yonbosh chuqurchasi va lateral kanal yallig'lanish ekssudatidan yaxshilab quritiladi. Qorin bo'shlig'ini drenajlash uchun ko'rsatmalar nisbatan kam uchraydi, asosan kasallikning gangrenoz va teshilgan shaklida, mahalliy peritonit bilan asortalanganda bajariladi.

Ko'pgina hollarda jarohat alohida tugunli choklar bilan qavatma-qavat tikiladi.



2.3-rasm. Retrograd appendektomiya

2-guruh. Bu guruh appendisit turli shakllarida laparoskopik operatsiya o'tkazilgan 50 nafar bolalar kiritildi. O'g'il bolalar 60,% (30_), qizlar 40,% (20_) ni tashkil etdi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $12,2 \pm 2,3$ ni tashkil etdi (3 yoshdan 18 yoshgacha).

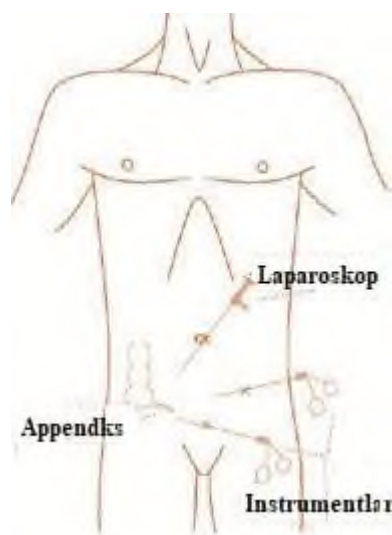
Appendektomiyaning laparoskopik usuli samaradorligini o'rganish uchun biz prospektiv qiyosiy klinik tadqiqot o'tkazdik.

Barcha ochiq va endoskopik operatsiyalar umumiy og'riqsizlantirish ostida, foydalanish maydoni 50 m² dan ortiq bo'lgan, funksional operatsiya stoli, soyasiz chiroq, steril oqliklar uchun stollar, jarrohlik va endoskopik asboblari, endotrakeal narkoz apparati, narkoz stoli bilan jihozlangan operatsiya xonasida o'tkazildi. Endoxirurgik aralashuvlar uchun "Karl Storz" firmasi tomonidan ishlab chiqarilgan maxsus uskunalar va asboblarni to'plami ishlatildi.

To'plamga quyidagilar kiradi: - pnevmoperitoneumni (insuflator) qo'llash uchun qurilma; - yorug'lik qo'llanmalari bilan sovuq yorug'lik manbai; - irrigasion va aspiratsiya tizimi; - monitorli mikro-videokamera; - yuqori chastotali elektrokoagulyatsiya uchun qurilma; - Veresh ignalari, turli xil diametrlardagi trokarlar (5 mm, 10 mm, 12 mm) qorin bo'shlig'ida manipulyatsiyalar uchun turli xil vositalar (travmatik va atravmatik qisqichlar, biopsiya shiplari, qaychi va boshqalar.), mono - va bipolyar elektrojarrohlik asboblari, klipslar va boshqa maxsus asboblarni o'z ichiga olgan asboblarni to'plami. «Ethicon» firmasi chok materiallari (AQSh) ishlatiladi.

Laparoskopiya quyidagi asosiy bosqichlarni o'z ichiga olgan klassik texnikaga muvofiq amalga oshirildi – - jarrohlik maydoniga ishlov berish; - karboksi peritoneumni qo'llash; - birinchi troakarni kiritish va qorin bo'shlig'ini birlamchi laparoskopik taftishini amalga oshirish; - manipulyatorlar uchun qo'shimcha tuynuklar qilish; - manipulyatorlardan foydalangan holda qorin bo'shlig'i organlarini chuqur taftish chiqish– - laparoskopiyaning asosiy operasion bosqichi; - laparoskopik jarrohlikning yakuniy preparat yoki preparatlarini olib tashlash, qorin bo'shlig'ini sanasiya qilish, gemostazning ishonchliligini nazorat qilish, qorin bo'shlig'ini drenajlash, gazni chiqarish va asboblarni olib tashlash; – terini tikish.

Birinchi troakar yuqori paraumbilikal nuqtadan, ikkinchisi – chap yonbosh sohasidan, uchinchisi – kindik chizig'i bo'ylab qov usti sohasidan qo'yiladi.

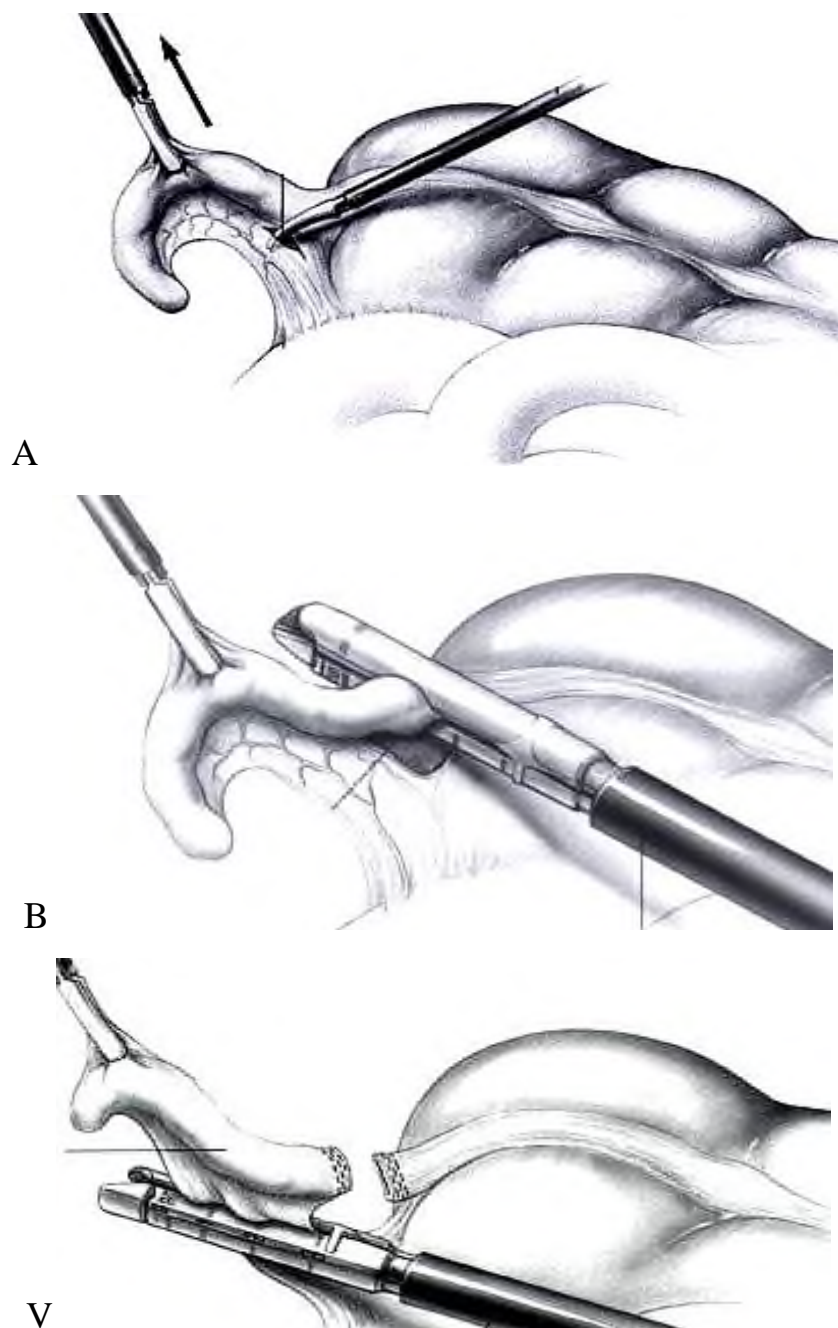


2.4-rasm. Chuvalchangsimon o'simtaning taftish qilish va tekshirish amaliyoti

Chuvalchangsimon o'simtaning o'tkir destruktiv yallig'lanish uni taftish qilish va tekshirish amaliyotidan keyin (2.4-rasm), u qisqich bilan qorin old devoriga ko'tarildi (2.4A-rasm).

To'tqich elektrokoagulyasiya, klipirlash, bog'lash bilan ishlov beriladi (2.5 B-rasm), shundan so'ng ligaturalar chuvalchangsimon o'simtaning asosiga qo'yiladi va u kesiladi. Chuvalchangsimon o'simtaning shilliq qavati koagulyasiya qilinadi. Keyinchalik, chuvalchangsimon o'simta qorin

bo'shlig'idan 10 yoki troakar orqali olib tashlanadi va qorin bo'shlig'ini nazorat taftishi o'tkaziladi trokarlarni chiqarib olingandan so'ng jarohatlar tikiladi.



2.5 -rasm. Laparoskopik appendektomiyaning asosiy bosqichlari (apparatli usul)

3-BOB.

TADQIQOT NATIJALARI

3.1. Chuvalchangsimon o'simta patologiyasi bo'lgan bemorlarning umumiy xususiyatlari

Tadqiqotda Samarqand Davlat tibbiyot universitetining 2-sonli bolalar xirurgiyasi kafedrasida VBKTTM klinikasida bolalar xirurgiyasi bulimi bazasida appendisitni 2020 yildan 2023 yilgacha bo'lgan davrda jarrohlik yo'li bilan davolash natijalari tahlil qilingan (shu jumladan qiyosiy).

Taqqoslash guruhlariga ushbu davrda hech qanday qo'shimcha tanlov va istisnalarsiz davolangan bemorlar kiritilgan. Taqqoslash guruhlaridagi bolalarning jinsi va yoshi bo'yicha taqsimlanishi 3.1–3.2-jadvallarda keltirilgan.

3.1-jadval

Chuvalchangsimon o'simta patologiyasi bo'lgan bemorlarni asosiy guruhga va taqqoslash guruhiga jinsi bo'yicha taqsimlanishi.

guruh \ jins	O'g'il bolalar	Qiz bolalar
1 guruh	32	18
2 guruh	30	20
Jami	62	38

Shunday qilib, tadqiqotda o'rganilgan bemorlar guruhlari o'rganilgan ko'rsatkichlar bo'yicha to'la -to'kis taqqoslanadi

3.2-jadval

Chuvalchangsimon o'simta patologiyasi bo'lgan bemorlarni asosiy guruhga va taqqoslash guruhiga yosh bo'yicha taqsimlanishi.

guruh \ yosh	yosh, yil				Hammasi
	3-7 yosh	7-10 yosh	10-15 yosh	15-18 yosh	
1 guruh	4	10	15	21	50
2 guruh	2	6	20	22	50
Jami	6	16	35	43	100

Destruktiv appendisit va appendikulyar peritonit bilan operatsiya qilingan bemorlarda operatsiya vaqtidagi manzarasining retrospektiv tahlili ko'richak va chuvalchangsimon o'simta joylashuvining quyidagi anatomik variantlarini qayd etildi, ularning nisbati ikkala tadqiqot guruhida ham o'xshash bo'ldi.

3.3-jadval

Chuvalchangsimon o'simtaning joylashuvi variantlari bo'yicha bemorlarni asosiy guruhga va taqqoslash guruhiga taqsimlanishi

O'simataning joylashish variantlari	1 guruh	2 guruh	Hammasi
Tipik	35	36	71
Kichik chanoq	2	4	6
Retrosekal	8	6	14
Medial	5	4	9
Jami	50	50	100

3.2.Ochiq appendektomiyaning bevosita natijalari

Ochiq usulda operatsiya qilingan 50 nafar bolaning kasallik tarixini retrospektiv tahlil qilish natijalari operatsiya davomida aniqlangan va morfologik tekshiruv ma'lumotlari bilan tasdiqlangan O'A ning quyidagi shakllarini aniqlandi, ular 3.4-jadvalda o'z aksini topgan.

3.4-jadval

Ochiq appendektomiya (OAE) opeprasiyasida aniqlangan O'A shakllari

O'A morfologik shakli	Bemorlar soni	
Oddiy (kataral)	3	6 %
Flegmonoz	40	80 %
Gangrenoz	4	8 %
Gangrenoz–teshilgan	3	6 %
Jami	50	100 %

OAE bajarishda McBurney kirib borish yo'lidan foydalanildi. ChO' tutqichi ligaturalashdan keyin kesildi. ChO' cho'ltog'i ketgut ip bilan bog'lanib, keyin kisset yoki Z-simon choklar yordamida cho'ktirildi. GA va TA shakllarida jarohat faqat teri osti asosigacha tikildi. Birlamchi kechiktirilgan chovlar teriga 3-4-kunlarda qo'yildi. OAE ning barcha bemorlarda davomiyligi o'rtacha ($49,2 \pm 8,7$) daqiqani tashkil etdi. O'A ning morfologik shakliga qarab, OAE davomiyligi KA bilan og'rigan bemorlar guruhida eng qisqa vaqtni tashkil qildi - ($41,5 \pm 1,6$) daqiqa, FA bilan ($49,4 \pm 2,5$) daqiqa, GA va TA bilan og'rigan bemorlarda OAE ning davomiyligi ancha uzoqroq bo'lib, ($80,5 \pm 6,4$) ga yetdi.

Operatsiyadan keyin bemorlarni davolash davomiyligi o'rtacha ($6,2 \pm 1,1$) kuni tashkil etdi. Ushbu ko'rsatkichlar KA va FA bilan og'rigan bemorlarning guruhlarida minimal bo'ldi–mos ravishda ($4,2 \pm 0,3$) va ($4,4 \pm 0,3$) kunlar. Shifoxonada eng uzoq TA–($9,8 \pm 3,8$) bilan bemorlar davolandi.

Biz intraoperasion asoratlarni kuzatmadik. Operasiyadan keyingi asoratlarni 12 (6,1%) bemorlarda, shu jumladan operatsiya jarohatining yiringlashi – 7 (3,5%), jarohat sohasidagi seroma – 2 (1,0%) da sodir bo'ldi. 1 (0,5%) bemorda qorin bo'shlig'i qon ketishi (drenaj trubkasi orqali massiv qon oqishi) bo'ldi, bu relaparotomiyani talab qildi. Biroq, qon ketishining manbai topilmadi. Operasiyadan keying dastlabki davrda bitta bemor ingichka ichakning bitishmali tutilishi bilan qayta operatsiya qilindi. Bir bemorda qorin bo'shlig'i absessi aniqlandi va ochildi. O'A operatsiyasini o'tkazgandan so'ng, barcha bemorlar sog'ayib ketdi.

3.3. Laparoskopik appendektomiyadan keyingi bevosita natijalar

Laparoskopik usulda operatsiya qilingan 50 bolada O'A ning operatsiya davomida aniqlangan va morfologik tekshiruv ma'lumotlari bilan tasdiqlangan quyidagi shakllari aniqlandi, ular 3.5-jadvalda keltirilgan.

3.5-jadval

LAE bajarish vqatida aniqlangan O'A shakllari

O'A morfologik shakli	Bemorlar soni	
Oddiy (kataral)	10	20 %
Flegmonoz	35	70%
Gangrenoz	3	6 %
Gangrenoz–teshilgan	2	4 %
Jami	50	100 %

LAE ning umumiy davomiyligi ($53,4 \pm 7,6$) daqiqani tashkil etdi, shu jumladan faqat LAE – ($51,1 \pm 8,9$) daqiqani, laparoskopik assistentlik operatsiyasi – ($58,7 \pm 4,0$) daqiqani; konversiya – ($97,1 \pm 6,8$) daqiqani, OAE – ($49,2 \pm 8,7$) daqiqani tashkil etdi.

Shunday qilib, O'A ning destruktiv shakllari uchun LAE davomiyligi tarqalgan peritonit tasdiqlangan bemorlarda o'tkazilgan OAE vaqtdan oshmadi. Intraoperasion asoratlar kuzatilmadi. Operasiyadan keyingi davrda 7 (3,5%) bemorda asoratlar, asosan qorin old devorining teshilishi sohasidagi infeksiyon asoratlar sodir bo'ldi.

Shunday qilib, 3 (1,5%) bemorda o'ng yonbosh sohasida jarohatning yiringlashi aniqlandi, 3 (1,5%) – makropreparat evakuasiya qilingan jarohat sohasidagi seroma, 1 (0,5%) – qorin bo'shlig'i absessi hosil bo'ldi, laparoskopik texnika yordamida u ochildi va drenajlandi. KA bilan LAE o'tkazgan bemorlar o'rtacha (1.95 ± 0.19) kun, ya'ni OAE amalga oshirilgan bemorlarga qaraganda 2.1 marta kam kun ($P < 0.001$; 3.9-jadval) shifoxonada davolandi.

Olib tashlangan chuvalchangsimon o'simtalar morfologik o'rganildi. O'tkir kataral appendisit 8 bemorda (2,8%), flegmonoz - 207 bemorda (74,7%), gangrenoz - 16 bemorda (5,8%) peritonit bilan gangrenoz-teshilgan appendisit – 46 bemorda (16,7%) tasdiqlandi. LAE operatsiyasida appendektomiya qilishda 208 holatda (86,7%) so'rilmaydigan tikuv materialidan tayyorlangan Reder halqasi ishlatildi, qolgan hollarda (32) chuvalchangsimon o'simta asosini titin klipslar yordamida klipirlandi.

3.4. Bolalarda o'tkir appendisitni jarrohlik yo'li bilan davolash natijalarini qiyosiy tahlili.

Chuvalchangsimon o'simtaning o'tkir kasalligi bilan laparoskopik operatsiya qilingan turli yoshdagi 50 bemorlarning klinik guruhida ("Laparoskopik") konversiya holatlarining umumiy soni 13,8% ni tashkil etdi.

Konvertasiyaga o'tish sabablari:

1. Appendikulyar absessda intraoperasion asoratlar -6 bemorda, tiflit natijasida o'simta asosiga qo'yilgan ligaturaning "kesilishi" bilan – 3 bemorda.

2. Qolgan konversiya holatlari (28 bemor) jarrohning noaniq anatomik vaziyatda yoki laparoskopik operatsiyalarni bajarish tajribasi yetarli bo'lmagan holda ochiq operatsiyaga o'tish to'g'risidagi qarori natijasi kelib chiqqan.

Jarrohlar laparoskopik operatsiyalarda, shu jumladan og'ir sharoitdagi peritonitlarida tajriba to'plaganligi sababli konversiyalar sonining keskin kamayishi kuzatildi. Oxir-oqibat (tadqiqotning 2-yilidan boshlab) konversiyalar soni yiliga bir ikki holatlarda –eng og'ir klinik holatlarda sodir bo'ldi.

Flegmonoz va teshilmagan gangrenoz appendisit bilan og'riq bemorlarda yoki mahalliy peritonit bilan asoratlenganda biz medikamentoz terapiyasini, shu jumladan antibakterial va dezintoksikasion terapiyasini o'tkazmadik. Tarqalgan appendikulyar peritonit bilan og'riq bemorlar qorin sepsisi bilan og'riq bemorlar sifatida davolandi. Operatsiyadan keyingi davrda bunday bemorlarni davolash dasturida bemorlarda bo'lgan hamroh kasalliklarni olgan holda infuzion, dezintoksikasion, antibakterial, shuningdek simptomatik terapiyani o'tkazildi.

Operatsiyadan keyingi davrda og'riq sindromining davomiyligi, bemorning faolligi, birinchi mustaqil defekasiya vaqti va operatsiyadan keyingi asoratlarning soni baholandi. Laparoskopik appendektomiyadan so'ng 186 bemor (67,1%) birinchi kunning oxiriga kelib og'riqdan shikoyat qilishni to'xtatdi. Ko'pgina bemorlar operatsiyadan 8-10 soat o'tgach yurishni boshladi. Ko'pgina bemorlarda mustaqil axlat operatsiyadan 2-3 kun o'tgach qayd etildi. Tarqalgan yiringli peritonit bilan asortlangan gangrenoz-teshilgan appendisit bilan og'riq 6 bemorda (2,1%) interstisial abscess va Duglas bo'shlig'i absessi shaklidagi operatsiyadan keyingi asoratlar qayd etildi.

Laparoskopik operatsiyalardan keyin bemorlarni shifoxonaga yotqizishning o'rtacha davomiyligi 1,5 kungacha kamaydi.

KA bilan bemorlarda LAE keyin shifoxonada davolanish muddati o'rtacha ($1,95 \pm 0,19$) sutkani tashkil qildi, bu esa OAE nisbatan 2.1 marta kam muddatdir ($P < 0,001$; 3.6-jadval).

3.6 -jadval

O'A ning turli shakllari bilan LAE va OAE o'tkazilgan bemorlarni stasionarda davolanish muddatlari

<i>O'A morfologik shakli</i>	<i>Stasionarda davolanish davomiyligi (M ± m)</i>	
	<i>LAE</i>	<i>OAE</i>
<i>Kataral Appenditsit</i>	<i>1,95 ± 0,19</i>	<i>4,16 ± 0,30</i>
<i>Flegmanoz Appenditsit</i>	<i>2,56 ± 0,14</i>	<i>4,38 ± 0,29</i>
<i>Gangrenoz Appenditsit</i>	<i>2,92 ± 0,27</i>	<i>7,43 ± 1,02</i>
<i>Teshilgan Appenditsit</i>	<i>6,00 ± 0,82</i>	<i>9,00 ± 0,76</i>
<i>Jami</i>	<i>3,36 ± 0,90</i>	<i>6,24 ± 1,18</i>

Eslatma. –OAE o'tkazilgan O'A bilan bemorlar ko'rsatkich farqlari bilan nisbatan ishonchli (P<0,05–0,001; ANOVA yagona variantli mezoni).

LAE amalga oshirilgan FA bilan bemorlarning davolash o'rtacha davomiyligi OAE o'tkazilgan bemorlarga qaraganda sezilarli darajada (71% ga) kamroq bo'ldi (P <0,001). GA va TA ning turli xil klinik ko'rinishlarini (tarqalgan peritonitning mavjudligi) hisobga olgan holda, kasalxonada bemorlarni davolash muddatini aniqlashda biz GTA bilan og'rigan bemorlar guruhini aniqladik. Shu bilan bir vaqtda, LAE o'tkazilgan GA va TA bilan bemorlarning davolanish o'rtacha davomiyligi (2,92 ± 0,27) va (6,00 ± 0,82) sutkani tashkil etdi, mos ravishda, bunda OAE o'tkazgan bemorlarda shunga o'xshash ko'rsatkichlarga qaraganda 2,5 marta (R<0.001) va 1,5 marta (R<0.05) kambo'ldi.

LAE o'tkazgan bemorlarni davolashning umumiy davomiyligi OAE ga qaraganda 86% ga kam ($R < 0.001$; 3.9-jadvalga qarang). LAYe o'tkazgan barcha bemorlarda operasiyadan keying va morfologik tashxislar mos keldi.

Bu laparoskopik usullardan foydalanganda O'A ning morfologik shaklini vizual va instrumental palpasiya yordamida aniqlash mumkinligini tasdiqlaydi. Morfologik tekshiruv natijalarini tahlil qilganda, olib tashlangan ChO' laparoskopiya bo'yicha O'A tashxisi qo'yilgan kuzatuvlarda klinik va morfologik tashxis o'rtasidagi tafovut aniqlanmadi. Bu laparoskopiyaning yuqori samaradorligini va uni ushbu patologiyada qo'llashning maqsadga muvofiqligini ko'rsatadi.

3.5. Operasiyadan keyingi erta davrning qiyosiy tahlili







Appendisitning destruktiv shakllari bo'lgan 100 bemorda operasiyadan keying erta davrning qiyosiy tahlili o'tkazildi. Bemorlar jarrohlik davolash usuliga qarab ikkita teng guruhga bo'lingan. Ikkala guruh ham bemorlar soni, yoshi va jinsi bo'yicha taqqoslanadigan darajada edi va shuning uchun ikkala guruhni solishtirish va statistik jihatdan ishonchli ma'lumotlarni olish mumkin bo'ldi.

Birinchi guruh videolaparoskopik davolash usulida davolangan 50 bemordan iborat bo'ldi, ikkinchi guruhga ham 50 bemor bo'lib, bu guruhga appendektomiya an'anaviy ochiq usul bilan amalga oshirildi.

Bemorlarda operasiyadan keyingi davr kechishini o'ziga xos xususiyatlarini baholash uchun quyidagi ko'rsatkichlar taqqoslandi: og'riq sindromining ifodalanishi, og'riq qoldiruvchi vositalardan foydalanish zarurati va davomiyligi, tana harorati, operasiyadan keyingi erta davrda bemorni faollashtirish vaqti, shuningdek, operasiyadan keyingi stasionar bo'lish davomiyligi.

Bemorlarda og'riq sindromining ifodalanishi baholash oson emas, lekin juda muhim vazifadir, chunki unga davolash taktikasi bog'liq bo'ladi.

Operasiyadan keyingi erta davrda og'riq sindromining ifodalanishi Wong-Baker 2008 og'riq intensivligini baholash shkalasi yordamida aniqlandi (3.1-rasm).

					
0	1	2	3	4	5
Og'riqsiz	Bir oz og'riyabdi	Kuchli og'riyabdi	Juda og'riyabdi	Juda og'riyabdi	Chidab bulmas daraiada

3.1-rasm. Wong-Baker shkalasi

Wong-Baker shkalasi (Wong-Baker faces painratingscale) yuzning rasmlarini o'z ichiga oladi-jilmaygan yuz, bu og'riqni anglatmaydi (5 dan 0 ball), yig'layotgan yuzning buzilgan grimasi, bu eng katta og'riq intensivligini anglatadi (5 balldan 5 ball). Wong-Baker shkalas ivizual analog shkalasi va og'riqnig yuzsh kalasi ko'rsatkichlari bilan ham chambarchas bog'liq. O'rtacha ball hisoblab chiqildi.

Tadqiqot 24 soatdan keyin, operasiyadan keyingi 2 va 3-kunlarda o'tkazildi. Birinchi guruhidagi 41 bemorda intraoperasion appendisitning flegmonoz shakli 14, gangrenoz shakli ham 14 va gangrenoz-perforativ shakli 13 bemorda aniqlandi.

1-guruh bemorlarining yoshi va jinsi buyicha tarkibi 3.7 - jadvalda keltirilgan.

3.7-jadval.**1-guruh bemorlarining klinik va statistik xususiyatlari.**

	7-12 yosh		12-18 yosh		Jami
	O'g'il bola	Qiz bola	O'g'il bola	Qiz bola	
Flegmonoz	8	6	5	5	24
Gangrenoz	2	5	4	3	14
Gangrenoz- perforativ	3	3	4	2	12
Hammasi	13	14	13	10	50

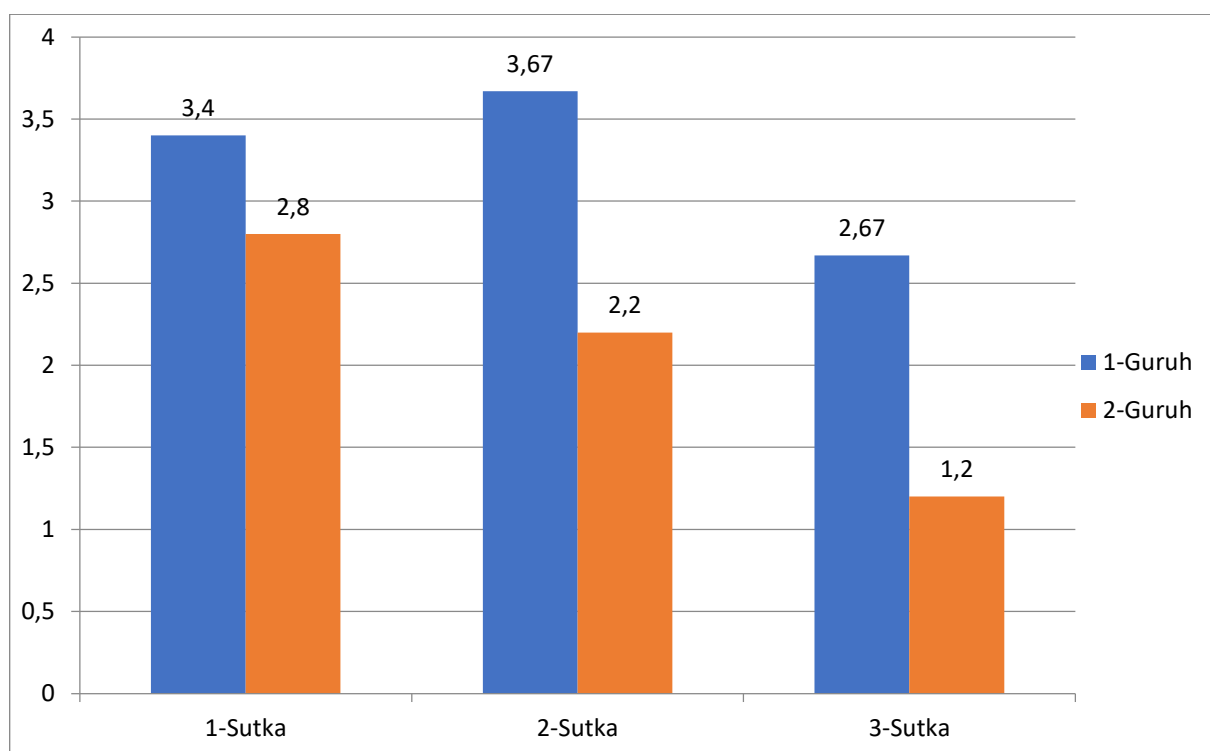
Ikkinchi guruhda 18 bemorda appendisitning flegmonoz shakli, 12 bemorda gangrenoz va 11 bemorda gangrenoz-perforativ shakl aniqlangan. 2-guruh bemorlarining yoshi va jinsi tarkibi 3.8 - jadvalda keltirilgan

3.8-jadval.**2-guruh bemorlarining klinik va statistik xususiyatlari.**

	7-12 yosh		12-18 yosh		Jami
	O'g'il bola	Qiz bola	O'g'il bola	Qiz bola	
Flegmonoz	7	6	7	7	27
Gangrenoz	2	4	3	3	12
Gangrenoz- perforativ	3	3	3	2	11
Hammasi	12	13	13	12	50

Jadvallar shuni ko'rsatadiki, ikkala guruhdagi bemorlar o'tkir appendisitning turli shakllarining soni bilan taqqoslana oladi.

Wong-Baker shkalasi bo'yicha og'riq sindromini o'rganishda 1-guruh bemorlarida operatsiyadan 24 soat o'tgach o'rtacha ball 4,3, 2 – kuni 3,67 va 3-kuni o'rtacha ball 2,67 ni tashkil etdi. Laparoskopik davolanishdan keyin 2-guruh bemorlarida og'riq sindromi eng kam aniqlandi va operatsiyadan keyingi oraliq davrdagi tekshiruv vaqtida shkala bo'yicha o'rtacha ball mos ravishda 2,8, 2,2 va 1,2 ni tashkil qildi (3.2-rasm).

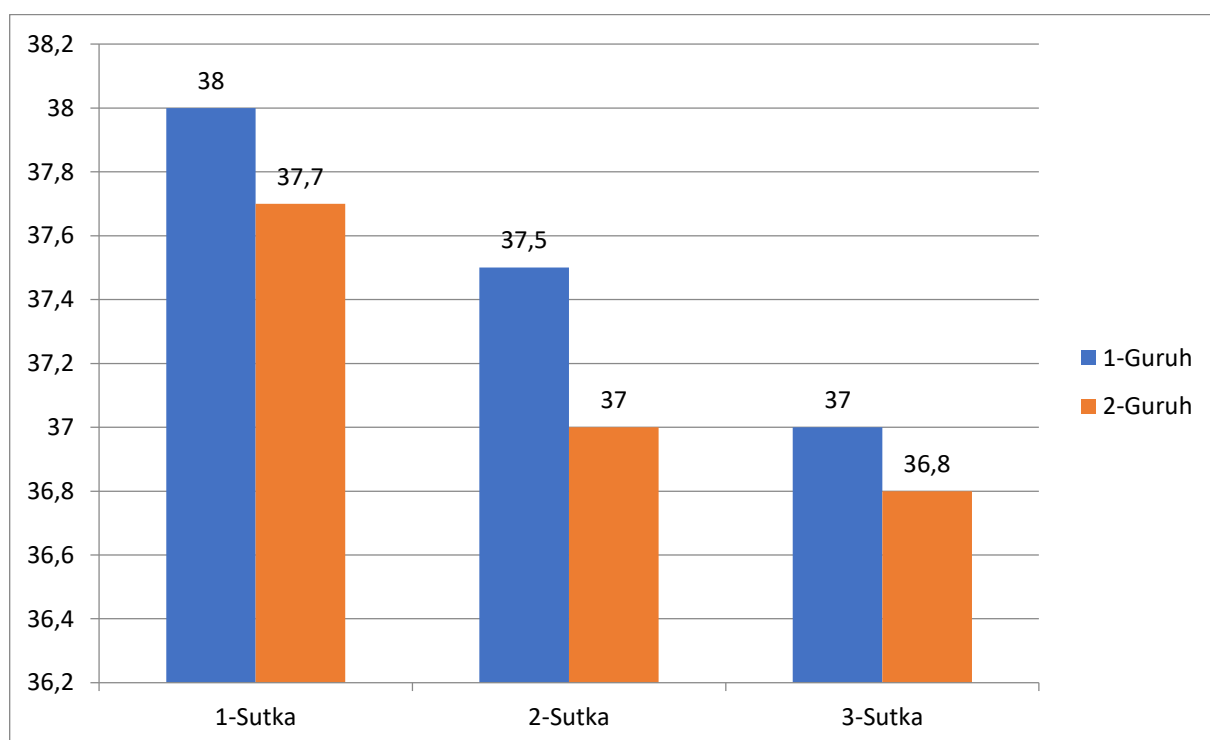


3.2-rasm. Operatsiyadan keyingi erta davrda bemorlarda Wong-Baker shkalasi bo'yicha o'rtacha ball miqdori

Kuchli og'riq sindromi mavjudligi sababli 1-guruh bemorlari kuniga 3 marta mushak orasiga yoki tomir ichiga yuborish orqali nonarkotik bo'lmagan analgetiklar bilan og'riqsizlantirish o'tkazildi. 2-guruh bemorlari, og'riq sindromi kuchsiz bo'lganligi sababli, og'riqsizlantirish kuniga 1-2 marta o'tkazildi.

Appendisitning destruktiv shakllari bo'lgan bemorlarda operatsiyadan keyingi davrda tana harorati ko'rsatkichlari davolash usuliga qarab ham turli qiymatlarga ega bo'ldi.

Shunday qilib, operatsiyadan 24 soatva 2 kuno'tgach, ochiq (an'anaviy) appendektomiya usullaridan bajarilgan 1-guruh bemorlarida haroratning febril qiymatlarga ko'tarilishi qayd etildi. Faqat operatsiyadan keyingi 3-kuni bemorlarning tana harorati subfebril ko'rsatkichlarga tushdi.



3.3-rasm. 1 va 2 guruhidagi bemorlarda harorat ko'rsatkichlari

Taqdim etilgan rasmda shuni ta'kidlash mumkinki, laparoskopik appendektomiya qilingan 2-guruh bemorlarida operatsiyadan keyingi davrda tana haroratining ko'tarilishi deyarli kuzatilmagan.

1-guruhda bemorlarni erta faollashtirish maqsadida yotoq tartibini bekor qilish operatsiyadan 24-48 soat o'tgach, tana harorati normallashtirildi va operatsiyadan keyingi jarohat sohasidagi og'riq intensivligi pasayganda o'tkazildi. Ushbu guruh bemorlarining operatsiya tugaganidan kasalxonadan chiqqunga qadar kasalxonada qolish muddati 5 kundan 8 kungacha, o'rtacha $6,5 \pm 0,7$ koya-kunni tashkil qildi.

2-guruh bemorlarida operasiyadan 24 soat o'tgach, yotoq tartibi bekor qilish tavsiya etildi, ammo qoida tariqasida ushbu toifadagi bemorlar faol bo'lib, operasiyadan 12-16 soat o'tgach o'rindlan turgan. Ushbu guruh bemorlarining operasiya tugaganidan kasalxonadan chiqqanga qadar kasalxonada qolish muddati 3 kundan 5 kungacha, o'rtacha $3,6 \pm 0,6$ kuykunga o'zgargan.

3.6. Natijalar muhokamasi

Bolalarda qorin og'rig'i bilan va o'tkir appendisitga shubha qilinganda anamnez ma'lumotlarini baholash, qorin pardaning ta'sirlanish belgilarini va appendiksning yallig'lanishining o'ziga xos belgilarini aniqlash uchun fizikal tekshirishlar o'tkazishlari kerak, shuningdek rektal tekshiruv talab etiladi.

Keyinchalik, qonning klinik tahlilida leykositlar sonini aniqlash, shuningdek, elektrolitlar tarkibini tekshirish, iloji bo'lsa, biokimyoviy qon tahlilida C-reaktiv oqsil va prokalsitonin konsentrasiyasini aniqlash kerak.

Boladagi qorin og'rig'I somatik yoki yuqumli patologiya bilan bog'liq bo'lishi mumkinligi sababli, pediatrning maslahatini agar kerak bo'lsa, boshqaruv taktikasini muvofiqlashtirish uchun yuqumli kasalliklar bo'yicha mutaxassis talab qilinadi.

Bemorni tekshirishning navbatdagi diagnostik bosqichi qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvidir. Keng qamrovli tekshiruv natijalariga ko'ra shoshilinch operasiya zarurligi to'g'risida qaror qabul qilinadi yoki operasiyadan oldingi tayyorgarlik keyingi jarrohlik aralashuvi bilan boshlanadi.

Shubhali vaziyat yuzaga kelganda, bola navbatchi jarroh va pediatr nazorati ostida kasalxonada qoladi. 3 soatdan keyin o'tkazilgan takroriy tekshiruv natijalarini olgandan so'ng, tashxis qo'yish va konservativ davolanishni davom yettirish uchun jarrohlik davolash yoki bemorni somatik bo'limga o'tkazish zarurligi to'g'risida qaror qabul qilinadi.

Tavsiya yetilgan terapevtik va diagnostika taktikalaridan foydalanish, shu jumladan pediatr tomonidan majburiy tekshiruv, ultratovush diagnostikasi,

yallig'lanish belgilarini aniqlash kasallikni tashxislash vaqtini sezilarli darajada qisqartirishi mumkin, bu esa o'z navbatida jarrohlik aralashuvni boshlash vaqtini va bolalarni operasiyadan keyingi davrda davolash muolajalarini sezilarli darajada kamaytiradi.

Taqqoslash guruhlarida davolash natijalarni taqqoslash quyidagi xulosalarni chiqarishga imkon beradi.

1. Diagnostik laparoskopiya va laparoskopik jarrohlik uchun ko'rsatmalar o'tkir appendisit va appendikulyar peritonitning barcha holatlari, shuningdek, ushbu patologiyaga shubha mavjud bo'lganda ko'rsatma bo'lib hisoblanadi.

2. Ta'riflangan usullarga muvofiq laparoskopik appendektomiya har qanday yoshda o'tkazish mumkin.

Laparoskopik jarrohlikning afzalliklari, ayniqsa, appendisitning murakkab shakllari bo'lgan bolalarda yaqqol namoyon bo'ladi. Qorin bo'shlig'ining barcha sohalarini mukammal ko'rib chiqish yallig'lanish jarayonining tarqalish darajasini aniqaniqlash, qorin bo'shlig'ini maqsadli sanasiya qilish imkonini beradi; optik kattalashtirish ostida ishlaydigan atravmatik asboblardan foydalanish aralashuvning barcha bosqichlarini aniq bajarishga imkon beradi, amalda qon yo'qotishdan kuzatilmaydi; kirishning kichik travmatizmi va barcha manipulyasiyalar operasiyadan keyingi parezni sezilarli darajada kamaytiradi, ichak motorikasini erta tiklashga erishiladi, operasiyadan keyingi og'riq sindromini kamaytiradi, operasiya jarohatida yallig'lanish va boshqa asoratlarni amalda inkor etadi.

Minimal invaziv jarrohlik usullari barcha holatlarda jarrohlik aralashuvning barcha zarur bosqichlarini bajarishga imkon beradi — o'simtani izlash va aniq klinik tashxis qo'yish, o'simtani ajratish va mobilizasiya qilish, uning ligaturali usulda olib tashlash, agar kerak bo'lsa, charvini rezeksiya qilish, limfa tugunlarining biopsiyasi, qorin bo'shlig'i sanasiyasi, qorin bo'shlig'i u yoki bu hajmda, peritonit holatlarida vizual nazorat ostida qorin bo'shlig'ini maqsadli drenajlash imkoniyatini beradi.

3. Laparoskopik usulda operasiyadan keyingi asoratlarni sonini kamaytirish mumkin, va ular sodir bo'lsa — deyarli har doim laparotomiya murojaat qilmasdan, endoskopik jarrohlik usuli bilan bartaraf qilish mumkin.

Yigirmanchi asrning oxirida o'tkazilgan tadqiqotlar tufayli pediatrik bemorlarda laparoskopik appendektomiyani o'tkazish mumkin va o'tkir appendisitning turli xil variantlarida yuqori samaradorlikka ega to'la to'kis o'z isbotini topgan [72,96].

Laparoskopik appendektomiyaning afzalliklari kam shikastlanishi; qorin bo'shlig'ining barcha qismlarini to'liq taftish qilish va sanasiya qilishni amalga oshirish; operasiyadan keyingi minimal og'riq sindromi; operasiyadan keyingi asoratlarni kamayligi, kasalxonaga yotqizish vaqti qisqaligi; yaxshi kosmetik ta'sir va boshqalar, bu klinikaning ushbu texnikaga bosqichma-bosqich to'liq o'tishi uchun asos bo'lib xizmat qildi.

Laparoskopik appendektomiya-bu kundalik klinik amaliyotda foydalanish uchun mos bo'lgan erkin takrorlanadigan operasiyadir. Jarrohlik yordamining barcha bosqichlarida ochiq appendektomiya qilingan bolalarni davolash algoritmini standartlashtirish laparoskopik appendektomiya texnikasini turli profildagi shifokorlarning kundalik amaliyotiga joriy etishning muhim shartidir. Laparoskopik appendektomiya texnikasini klinika amaliyotiga mutlaq joriy etish, hatto texnikani o'zlashtirish va amalga oshirishning dastlabki bosqichida ham, intra-va operasiyadan keyingi asoratlar sonining sezilarli darajada oshishiga olib kelmaydi.

Laparoskopik appendektomiya vaqtida intra- va operasiyadan keyingi asoratlarning minimal sonining asosiy konversiyalarni o'tkazish uchun oqilona yondashuvdir. Laparoskopik appendektomiyani o'zlashtirish va kundalik amaliyotga joriy etish boshqa patologiyalar uchun endojarrohlik usullarini o'zlashtirishga turtki bo'lishi mumkin.

XOTIMA

O'tkir appendisit, yuqori kasallanish darajasi, klinik kechishning og'irligi, tashxisning murakkabligi, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlari, shuningdek har doim ham qoniqli davolash natijalari bo'lmasligi tufayli bolalar jarrohligining yetakchi muammolaridan biridir.

Kasallikning xavfi ko'plab asoratlardan kelib chiqishi bilan izohlanadi, ularning uchrash soni 4,2 dan 16,2% [20, 21, 24, 70, 101]. Mutaxassislar uchun o'tkir appendisit o'rtacha o'lim ko'rsatgichi 0,1 dan 0,5% ekanligiga e'tibor qaratish lozim [25-28, 102].

Shuning uchun diagnostika tadbirlarining samaradorligini oshirish, shuningdek, bemorlarni davolashda yangi yondashuvlarni izlash, ishlab chiqish va klinik sinovdan o'tkazish dolzarb vazifadir. Bunday yondashuvlardan biri minimal invaziv (Laparoskopik) texnologiyalar yordamida kasallikni tashxislash va davolash uchun oqilona taktikalardan foydalanish imkoniyatini yaratadi. Ushbu yo'nalish dissertasiya ishining asosini belgilab berdi.

Oxirgi nashrlar shoshilinch abdominal jarrohligida zamonaviy laparoskopik usullari ahamiyatini ko'rsatdi[38-43]. Laparoskopiyadan foydalanish diagnostik xatolar, giperdiagnostika, kech tashxis qo'yish va asossiz laparotomiyalar sonini kamaytirishga yordam beradi.

Tadqiqot appendisitning turli shakllari bilan operatsiya qilingan 100 bemorning kasallik tarixini tahlil qilishga asoslandi. Bemorlar jarrohlik davolash usuliga qarab ikkita teng guruhga bo'lindi. Ikkala guruh ham bemorlar soni, yoshi va jinsi bo'yicha taqqoslanadigan holatda bo'ldi va shuning uchun ikkala guruhni solishtirish va statistik jihatdan ishonchli ma'lumotlarni olish mumkin bo'ldi.

1-guruh. Tadqiqot guruhiga appendisitning turli shakllari bilan ochiq (an'anaviy) usulda operatsiya qilingan 50 nafar bolalar kirdi.

2-guruh. Bu guruh appendisit turli shakllari bilan laparoskopik operatsiya o'tkazilgan 50 nafar bolalar kiritildi.

O'z tajribamizni tahlil qilish asosida biz O'A borligiga shubha bilan jarrohlik klinikasiga kasalxonaga yotqizilgan barcha bemorlarda diagnostik laparoskopiya amalga oshiriladi degan fikrni noto'g'ri deb hisoblaymiz. Laparoskopik diagnostika anamnez ma'lumotlarini va kasallikning klinik belgilarini tahlil qilishda qo'shimcha dalil bo'lib xizmat qilishi kerak. Shoshilinch diagnostik laparoskopiya shubhali tashxis qo'yilgan taqdirda asossiz operatsiyani istisno qilish va qorin bo'shlig'ining o'tkir jarrohlik kasalliklari belgilari bo'lgan bemorlarda optimal kirishni tanlash uchun ko'rsatiladi.

Ochiq usul bilan amalga oshirilagan, o'tkir appendisit bilan og'rikan bemorlarda O'A ning patomorfologik shakli, yoshi va ortiqcha vazni aniqlanish soni laparoskopik appendektomiya qilingan bemorlar bilan mos bo'ldi.

Ochiq appendektomiya Mc Burney kirish yo'li yordamida amalga oshirildi. Chuvalchangsimon o'simtaning tutqichi ligaturalashdan keyin kesib o'tildi. O'simtaning cho'ltog'i ketgut ip bilan bog'langan, keyin kisset va Z-simon shaklidagi choklar yordamida cho'ktrildi. Gangrenoz va teshilgan appendisit mavjud bo'lganda, jarohat faqat teri osti asosiga tikildi.

Kataral appendisit bilan ochiq appendektomiya bemorlarning 36,4% da, laparoskopik appendektomiya – 10,5% da ($R < 0,001$) amalga oshirildi. Kataral appendisit bilan 72 bemordan 24 tasi (33,3%) kasalxonaga yotqizilganidan keyin 6 soatdan kechroq va kasallik boshlanganidan keyin 1 kundan kechiktirmay operatsiya qilindi. Ushbu bemorlarda ChO' ning morfologik o'zgarishlari minimal darajada aniqlandi, bu "oddiy o'tkir appendisit" tashxisining ishonchliligiga shubha qilish va appendektomiya uchun ko'rsatmalarning asossiz kengayishini taxmin qilish imkonini beradi. Ochiq appendektomiya paytida intraoperasion asoratlari bo'lmagan.

Operatsiyadan keyingi asoratlari 12 (6,1%) bemorda, shu jumladan operatsiya jarohatining yiringlashi – 7 (3,5%), operatsiyadan keyingi jarohat sohasidagi seroma – 2 (1,0%) bemorda sodir bo'lgan. Bir kuzatuvda qorin bo'shlig'idan drenaj orqali qon kelishi tufayli relaparotomiya talab qilindi. Ko'richak

sohasida gematoma topildi, ammo qon ketish manbai aniqlanmadi. Operasiyadan keyingi dastlabki davrda bitta bemor ingichka ichakning bitishmali tutilishi bilan operasiya qilindi, bitta bemorda qorin bo'shlig'i absessi ochildi.

Ochiq appendektomiyaning davomiyligi (49.2 ± 8.7) daqiqa. O'tkir appendisitning morfologik shakliga qarab operasiya davomiyligi kataral appendisit bilan eng qisqa bo'lgan - ($41,5 \pm 1,6$) daqiqa; flegmonoz appendisit bilan – bu ($49,4 \pm 2,5$) daqiqa; gangrenoz va teshilgan bilan – mos ravishda ($65,7 \pm 2,3$) va ($80,4 \pm 2,9$) daqiqa. Operasiyadan keyin bemorlarning shifoxonasida davolanish muddati (6.2 ± 1.1) kun bo'ldi. Bu ko'rsatkichlar kataral va flegmonoz appendisit uchun operasiya qilingan bemorlar guruhlarida minimal bo'ldi – mos ravishda (4.2 ± 0.3) va (4.4 ± 4.3) kun, maksimal – teshilgan appendisit bilan og'riqan bemorlarda - (9.0 ± 0.8) kun.

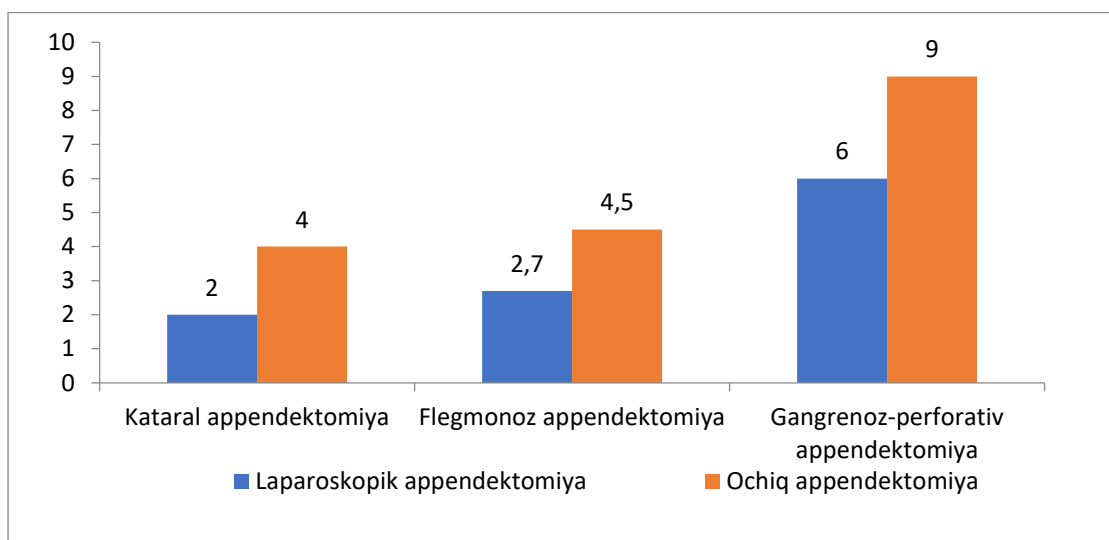
209 bemor video endoskopiya yordamida operasiya qilindi. Laparoskopik appendektomiya (intrakorporal texnikasi) 172 (83,3%) bemorda, laparoskopik asistentlik appendektomiyasi (ekstrakorporal texnikasi) – 37 (17,7%) holatda amalga oshirildi. Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, konversiya darajasi 1 dan 27% gacha, o'rtacha 13% ni tashkil qiladi [102]. Bizning kuzatishlarimizda laparotomiyaga o'tish 4,1% holatlarda destruktiv o'zgargan ChO' ni retrosekal yoki retroperitoneal joylashuvi bilan bitishmalardan, infiltratlardan ajratishdagi texnik qiyinchiliklar tufayli kelib chiqdi.

Intraoperayion asoratlar kuztilmadi. Operasiyadan keyingi asoratlar 7 (3,5%) bemorda, asosan qorin old devorining teshilishi sohasidagi infeksiyon asoratlarda sodir bo'ldi. 3 (1,5%) bemorda o'ng yonbosh sohasida jarohat yiringlashi kuzatildi, 3 (1,5%) – makropreparatni olib tashlangan jarohat sohasida seromasi, 1 – qorin bo'shlig'i absessi hosil bo'ldi, bu laparoskopik usul yordamida ochildi va drenajlandi.

Laparoskopik appendektomiyaning davomiyligi (53.4 ± 7.6) daqiqa, asl laparoskopik appendektomiya – (51.1 ± 8.9) daqiqa, laparoskopik barqaror appendektomiya – (58.7 ± 4.0) daqiqa, ochiq - (49.2 ± 8.7) daqiqa. Shunday qilib,

ochiq va laparoskopik appendektomiyaning o'rtacha davomiyligi sezilarli darajada farq qilmadi ($R > 0,05$).

Laparoskopik appendektomiyaning asosiy afzalligi-o'ng yonbosh sohadagi jarohat bilan chegaralanib qolmasdan, qorin bo'shlig'ini keng qayta ko'rib chiqish va sanaqiya qilish imkoniyatini beradi. Laparoskopik appendektomiyadan so'ng, o'tkir appendisitning barcha shakllari bo'lgan bemorlarning shifoxonasida davolanish muddati sezilarli darajada kam, ayniqsa kataral va flegmonoz appendisit bilan – mos ravishda 2,2 va 2,1 marta ($R < 0,001$); gangrenoz teshilgan o'tkir appendisit bilan–ochiq appenisitga qaraganda 1,5 baravar kam ($R < 0,05$) bo'ldi (8-rasm).



4.1-rasm. Endoskopik va ochiq appendektomiyadan so'ng o'tkir appendisitning turli shakllari bo'lgan bemorlarni jarrohlik shifoxonasida davolashning o'rtacha davomiyligi. * - ko'rsatkichlardagi farqlar ochiq appendektomiyadan keyingi ko'rsatkichlarga nisbatan ishonchli ($P < 0,05 - 0,001$).

Laparoskopik texnologiyalar bilan davolangan barcha bemorlarda operatsiyadan keyingi morfologik tashxis va gistologik tekshiruv natijalari o'rtasida aniq muvofiqlik mavjud bo'ldi. Laparoskopik, vizual va instrumental palpasiya yordamida o'tkir appendisitning morfologik shaklini aniqlash mumkin. Laparoskopik appendektomiyaning shubhasiz afzalliklari uni o'tkir appendisitda amalga oshirishni maqsadga muvofiqligini tasdiqlaydi, deb hisoblaymiz.

XULOSALAR

1. Qorin bo'shlig'ining o'tkir patologiyasi bo'lgan bolalarni davolashda laparoskopik texnologiyalarni jarrohlik amaliyotiga joriy etish ochiq operatsiyalarga nisbatan davolash natijalarining statistic jihatdan sezilarli yaxshilanishiga erishish imkonini beradi.

2. O'tkir appendisit bilan og'rigan bolalarda OAE operatsiyadan keying asoratlari 12 (6,1%) bemorlarda, shu jumladan operatsiya jarohatining yiringlashi – 7 (3,5%), jarohat sohasidagi seroma – 2 (1,0%), LAE dan keyin 3 (1,5%) bemorda yonbosh sohasida jarohat yiringlashishi, 3 (1,5%) – jarohat sohasidagi seroma, 1 (0,5%) – qorin bo'shlig'i abssessi qayd etildi.

3. LAE an'anaviy kirish yo'li orqali o'tkazilgan appendektomiya bilan solishtirganda 1,7 marta asoratlari kamaydi (3,5% ga nisbatan 6,1%).

4. O'tkir appendisit bilan laparoskopik appendektomiya appendisitning anatomik joylashuvi va morfologik shaklidan qat'i nazar, bemorlarning 95,9 foizida amalga oshirilishi mumkin.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Qorin bo'shlig'ining shoshilinch patologiyasi bo'lgan bolalarni davolashning laparoskopik usullari nafaqat joriy etish, balki bolalarga shoshilinch jarrohlik yordami ko'rsatadigan ixtisoslashtirilgan shifoxonalarda foydalanishda asos bo'lib xizmat qilish kerak.

2. Endojarrohlik operasialardan foydalanish to'qimalarning travmatizatsiyasini, intraoperasion qon yo'qotish hajmini va operasiyadan keyingi davrda rehabilitasiya davomiyligini kamaytirish orqali an'anaviy ochiq operasialarga nisbatan samaradorligi yuqori bo'ladi.

3. LAE ning joriy etilishi O'A bilan kasallangan bolalarni davolashning bevosita va uzoq muddatli natijalarini yaxshilaydi, ularning kasalxonada bo'lish vaqtini qisqartiradi va shu bilan iqtisodiy xarajatlarni kamaytiradi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Васильев А.Ф., Братчиков Е.В., Березницкий А.П. Осложнения лапароскопической аппендэктомии Эндоскоп хир 2006; 2: 27.
2. Аболмасов А.В., Свешников Е.И., Шевердин Н.Н. Анализ результатов лапароскопической аппендэктомии по данным районной больницы. Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского 2010; 1: 16—17.
3. Аванесова В.А. Совершенствование диагностики и лечения острого аппендицита, осложненного аппендикулярным инфильтратом: Авторефдис. ... канд. мед. наук. М 2009; 24.
4. Азиев О.В. Осложнения лапароскопической хирургии в гинекологии (диагностика, лечение, профилактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2004; 273.
5. Тимербулатов В.М., Сибаев В.М., Сагитов Б. и др. Анализ внутри брюшных осложнений после лапаротомной и лапароскопической аппендэктомии. Тез докл VI Всерос съезда по эндоскопической хирургии (Москва, 22—25 февраля 2003 г.). Эндоскоп хир 2003: Приложение: 136.
6. Андреев А.Л. Лапароскопическая аппендэктомия с перитонизацией культи червеобразного отростка. Эндоскоп хир 2005; 1: 8.
7. Березницкий А.П. Пути оптимизации применения малоинвазивных технологий в диагностике и лечении острого аппендицита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ст-Петербург 2008; 23.
8. Бут О.А. Лапароскопическая аппендэктомия: возможности и осложнения: Автореф. дис. ... канд мед наук. М 2008; 29.
9. Валиев Н. Усовершенствование методов диагностики и лечения больных с острым аппендицитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа 2004; 21.
10. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства. Под ред. А.Е. Борисова. Ст-Петербург: Янус 2002; 416.

11. Цуканов А.Ю., Цуканов Ю.Т., Будинский А.Н., Трубачева А.В.

Выбор способа аппендэктомии через малые доступы в зависимости от распространенности поражения червеобразного отростка. Эндоскоп хир 2008; 2: 24—27.

12. Газизуллин З. Лапароскопическая аппендэктомия с использованием высокоинтенсивного лазерного излучения (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа 2008; 24.

13. Галкин А., Яковлев О.Г., Лещенко И.Г. Хирургические болезни пожилых. Самара 1999; 187.

14. Горлунов А.В. Оптимизация лечебно-диагностической тактики у больных острым аппендицитом с применением видеоэндоскопических технологий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Воронеж 2008; 21.

15. Гринберг А.А., Михайлузов С.В., Тронин Ю., Дроздов Г.Э. Диагностика трудных случаев острого аппендицита. М 1998; 128.

16. Климов Д.Е., Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Сажин А.В. Дифференцированное применение лапароскопической и комбинированной аппендэктомии при остром аппендиците. Эндоскоп хир 2002; 2: 45.

17. Дронов А.Ф., Котловский В.И., Поддубный И.В. Лапароскопическая аппендэктомия (обзор литературы и собственный опыт). Эндоскоп хир 2000; 3: 16—20.

18. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Дедов К.А. Лапароскопические операции в лечении острого аппендицита у детей. Эндоскоп хир 1997; 1: 59.

19. Елисеева Е.В., Гайнуллина Ю.И. Факторы риска развития инфекции области оперативного вмешательства и необходимость антибиотико-профилактики при остром аппендиците. Анналы хир 2009; 2: 54—59.

20. Ермолов А.С., Трофимова Е.Ю. Неотложный ультразвук. Острый аппендицит: практическое руководство. НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. М: СТРОМ 2003; 48.
21. Ермолов А.С., Пахомова Г.В., Аванесова В.А. Клиника, диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата. Хирургия 2008; 12: 8—11.
22. Желаннов А.М. Выбор способа обработки брыжейки и культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Нижний Новгород 1998; 21.
23. Натрошвили А.Г., Шулутко А.М., Насиров Ф.Н., Пименова М.В. Значение ультразвукового исследования в диагностике острого аппендицита. Хирургия 2010; 2: 71.
24. Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии. Под ред. С.И. Емельянова М: МИА 2004; 218.
25. Карасева О.В., Капустин В.А. Ошибки и опасности лапароскопической аппендэктомии. Эндоскоп хир 2001; 2: 30.
26. Стойко Ю.М., Новик А.А., Левчук А.Л. и др. Качество жизни больных после лапароскопической аппендэктомии. Эндоскоп хир 2010; 1: 3—7.
27. Кириакиди С.Ф. Лапароскопическая аппендэктомия. Эндоскоп хир 2001; 5: 22—26.
28. Климов Д.Е. Дифференцированное применение лапароскопии и лапароскопической аппендэктомии при остром аппендиците: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань 2001; 24.
29. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. М: ГЭОТАР-Медиа Т. II. 2009; 832.
30. Ковалев С.В. Эндовидеохирургические технологии лечения больных острым аппендицитом и его осложнениями в условиях областного центра: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Великий Новгород 2008; 24.

31. Клиника и лечение острого аппендицита. Л: Медицина 1972;342.
32. Корочкин С.Б. Исследование характеристик осложнений острого аппендицита и аппендэктомии методами статистики. Хирург 2005; 5: 12—19.
33. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К. Лапароскопическая диагностика острого аппендицита. Эндоскоп хир2000; 4: 60—64.
34. Кукош М.В., Гомозов Г.И. Пути снижения летальности при остром аппендиците. Нижегородский мед журн 2006; 6: 71—76.
35. Кулезнева Ю.В., Израйлов Е., Лемешко З.А. Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении острого аппендицита М: ГЭОТАР-Медиа 2009; 72.
36. Ладин С.Э. Обоснование организационных путей улучшения результатов оказания медицинской помощи больным острым аппендицитом, проживающих вне административных центров регионов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ст-Петербург 2009; 19.
37. Кочкин А.Д., Зубеев П.С., Козырин А.В., Левин В.И. Лапароскопическая аппендэктомия в условиях аппендикулярного абсцесса. Эндоскоп хир 2009; 2: 8—10.
38. Кочкин А.Д., Зубеев П.С., Козырин А.В., Левин В.И. Лапароскопическая аппендэктомия в условиях аппендикулярного инфильтрата. Эндоскоп хир2006; 5: 34—37.
39. Сажин В.П., Климов Д.Е., Сажин И.В., Юрищев В.А. Лапароскопическая аппендэктомия при беременности. Хирургия2009; 2: 12—15.
40. Павлунин А.В., Голяков О.В., Березова Л.Е. и др. Лапароскопическая аппендэктомия при осложненных формах острого аппендицита. Мед альманах 2010; 2: 302—304.
41. Некрасов А.Ю., Касумьян С.А., Прибыткин А.А. и др. Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита. Эндоскоп хир 2009; 3: 31—34.

42. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А. и др. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии. Хирургия 2007; 7: 57—59.
43. Ленюшкин А.И. Методика обработки культи червеобразного отростка у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1961; 24.
44. Лещенко И.Г. Галкин А. Гнойная хирургическая инфекция. Самара: Перспектива 2003; 326.
45. Лисунов А.Ю. Оптимизация диагностики и лечения различных форм острого аппендицита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Саратов 2008; 24.
46. Лоймоева В.С. Острый аппендицит. Пути предупреждения необоснованных операций: Автореф. дис. ... канд. мед. Наук 2006; 127.
47. Луцевич Э.В., Галлямов Э.А., Праздников Э.Н. и др. Возможности эндохирургии в лечении деструктивных форм острого аппендицита. Новые технологии в хирургии: спец. вып. 2004; 3: 65.
48. Егоров В.И., Витько Н.К., Кармазановский Г.Г. и др. Лучевая диагностика трудных случаев острого аппендицита. Хирургия 2010; 2: 71—72.
49. Неотложная абдоминальная хирургия. Под ред. А.А. Гринберга. М: Триада-Х 2000; 496.
50. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. и др. Оптимизация методики лапароскопической аппендэктомии — путь к снижению количества после операционных осложнений. Эндоскоп хир 2001; 3: 39—40.
51. Орехов Г.И. Место эндовидеохирургической технологии в лечении больных острым аппендицитом. Эндоскоп хир 2009; 3: 35—38.
52. Утешев Н.С., Малюгина Т.А., Богницкая Т.Н., Пахомова Г.В. Острый аппендицит. М: Медицина 1975; 157.
53. Пискунов В.Н. Возможности ультразвукового исследования в диагностике различных форм острого аппендицита и его осложнений: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск 2010; 25.

54. Прудков М.И., Пискунов С.В., Никифоров А.И. Острый аппендицит. Клиника. Диагностика. Традиционное и минимально инвазивное хирургическое лечение: Пособие для врачей. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та 2001; 44.

55. Пряхин А.Н., Газизуллин З. Лапароскопическая аппендэктомия: Учебное пособие для врачей. Под ред. проф. С.А. Совцова. Челябинск: УГМАДО 2005; 64.

56. Пряхин А.Н. Способы обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии. Хирургия 2007; 8: 56—59.

57. Пыленок М.П. Интраоперационная профилактика гнойно-воспалительных раневых осложнений деструктивного аппендицита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань 2008; 24.

58. Рягузов В.А. Видеолапароскопическая диагностика и оперативное лечение больных с острым аппендицитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Воронеж 2004; 19.

59. Саданов В.С. Видеоэндоскопические технологии в оперативном лечении острого аппендицита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Барнаул 2008; 22.

60. Ситников В.Н., Турбин М.В., Петренко А.В. и др. Опыт лапароскопии в дифференциальной диагностике и лечении острого аппендицита. Эндоскоп хир 2005; 1: 138—138.

61. Слепцов И.В., Черников А. Узлы в хирургии. Ст-Петербург: Салит-Медкнига 2000; 176.

62. Михайлузов С.В., Черняков А.В., Моисеев Е.В., Баглаенко М.В. «Трудный» диагноз острого аппендицита и видеолапароскопическая аппендэктомия. Альманах Института хирургии им А.В. Вишневского 2010; 1: 44—45.

63. Цивьян Б.Л., Беженарь В.Ф., Борисов А.Е. Роль лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита у беременных. Журналуш и жен бол 2006; 3: 70—77.

64. Шапкин Ю.Г., Чалык Ю.В., Майсков И.И. Эффективность лапароскопии в диагностике острого аппендицита. *Эндоскоп хир* 2008; 1: 15—18.
65. Уханов А.П., Ковалев С.В. Эндовидеохирургическое лечение больных острым аппендицитом и его осложнениями. Великий Новгород: НовГУ им. Ярослава Мудрого 2009; 74.
66. Long K.H., Bannon M.P., Zietlov S.P. et al. A prospective randomized comparison of laparoscopic appendectomy with open appendectomy with open appendectomy: clinical and economic analyses. *Surgery* 2001; 129: 390—400.
67. *Acute Appendicitis: Standard Treatment and the Role of Laparoscopic Surgery (Progress in Surgery)* (v. 25) L. Krahenbuhl (yed). Switzerland: Karger 1998; 191.
68. Agresta F., DeSimone P., Leone L. Laparoscopic appenectomi in Italy: in appaisail of 26, 863 cases. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2004; 14: 1: 1—8.
69. Demircan A., Aygencel G., Karamercan M. et al. Akutapandisittanisiyla laparotomiuy gulanan hastalarda ultrasonograf ibulgulari velokositsayisinin degerlen dirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010; 16: 3: 248—252.
70. Alvarado-Aparicio A., Moreno-Portillo M., Pereira-Graterol F. et al. Apendicectomia laparoscopica. Descripcion de la tecnica y revision de la literatura. *Cir Cir* 2003; 71: 6: 442—448.
71. Craus W., Giacomo A., Tommasino U. et al. Apendicectomia laparoscopica
Edappendicectomia laparotomica: metodiche a confronto. *Chir Ital* 2001; 53: 3: 327—337.
72. Cariati A., Brignole E., Tonelli E. et al. Apendicectomia laparoscopica o a cielo aperto. Revision ecriti cadella letteraturaed esperienzapersonale. *G Chir* 2001; 22: 10: 353—357.
73. Ryan W.L. *Appendicitis: Symptoms, Diagnosis, and Treatments*. New-York: Elsevier 2010; 380.

74. Aslan A., Karaveli C., Elpek O. Laparoscopic appendectomy without clip or ligature. An experimental study. *SurgEndosc* 2008; 22:9: 2084—2087.
75. Sucullu I., Filiz A.I., Canda A.E. et al. Body image and cosmesis after laparoscopic or open appendectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009; 19: 5: 401—404.
76. Cornielle M.G. Stiegelman M.B., Myers J.G. et al. Laparoscopic appendectomy is superior to open appendectomy in obese patients. *Am J Surg* 2007; 194: 6: 877—880.
77. Foley T.A., Earnest F. VI, Nathan M.A. et al. Differentiation of nonperforated from perforated appendicitis: accuracy of CT diagnosis and relationship of CT finding of length of hospital stay. *Radiology* 2005; 235: 1: 89—96.
78. Liu S.-I., Siewert B., Raptopoulos V., Hodin R.A. Factors Associated with Conversion to Laparotomy in Patients Undergoing Laparoscopic Appendectomy. *J Am Coll Surg* 2002; 194: 3: 298—305.
79. Fernandez E., Malagon A., Arteaga I. et al. Conservative treatment of a huge abdominal wall hematoma after laparoscopic appendectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2005; 15: 6: 634—637.
80. Grandjean J.P., Arefiev A., Grandjean J.P. Appendicectomie parvoicoelioscopique. Reflexions a partir d'une serie homogene de 906 cas. *Ann Chir* 1999; 53: 4: 280—284.
81. Haikkinen T.J., Haukipuro K., Hulkko A. Cost-effective appendectomy. Open or laparoscopic? A prospective randomized study. *SurgEndosc* 1998; 12: 10: 1204—1208.
82. Katkhouda S., Mason R., Towfigh S. et al. Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective randomized double-blind study. *Ann Surg* 2005; 242: 3: 439—448.
83. Khanna S., Khurana S., Vij S. No clip, no ligature laparoscopic appendectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2004; 14: 4201—203.

84. Kirshtein B., Bayme M., Domchik S. et al. Complicated appendicitis: laparoscopic or conventional surgery? *World J Surg* 2007; 31:4: 744—749.
85. Koluh A., Delibegovic S., Hasukic S. et al. Laparoscopic appendectomy in the treatment of acute appendicitis. *Med Arh* 2010; 64: 3: 147—150.
86. Kurtz R.J., Heimann T.M. Comparison of open and laparoscopic treatment of acute appendicitis. *Am J Surg* 2001; 182: 3: 211—214.
87. Barnes S.L., Shane M.D., Schoeman M.B. et al. Laparoscopic appendectomy after 30 weeks pregnancy: report of two cases and description of technique. *Am Surg* 2004; 70: 8: 733—736.
88. Fogli L., Brulatti M., Boschi S. et al. Laparoscopic appendectomy for acute and recurrent appendicitis: retrospective analysis of a single-group 5-year experience. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2002; 12: 2: 107—110.
89. Zinaman M.J., Russell A., Sukhani R., Uhler M.L. Laparoscopic appendectomy in an outpatient setting. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003; 10: 4: 478—480.
90. Beldi G., Muggli K., Helbling C., Schlumpf R. Laparoscopic appendectomy using endoloops: a prospective, randomized clinical trial. *Surg Endosc* 2004; 18: 5: 749—750.
91. Little D.C., Custer M., May B.H. et al. Laparoscopic appendectomy: an unnecessary and expensive procedure in children? *J Pediatr Surg* 2002; 37: 3: 310—317.
92. Yau K.K., Siu W.T., Tang C. et al. Laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis. *J Am Coll Surg* 2007; 205: 1: 60—65.
93. Ignacio R.C., Burke R., Spencer D. et al. Laparoscopic versus open appendectomy: what is the real difference? Results of a prospective randomized double-blinded trial. *Surg Endosc* 2004; 18: 2: 334—337.
94. LeBlanc K.A. Management of Laparoscopic surgical complications.

New Orleans, Louisiana 2004; 518. 95. Lockwood C.B. Appendicitis; Its Pathology and Surgery. New-York: Nabu Press 2010; 306.

96. Lopez P.P., Cohn S.M. CT scanning in the management of acute appendicitis. *J Am Coll Surg* 2010; 211: 4: 567—567.

97. Mynter N. Appendicitis and its surgical treatment. London: GeneralBooks LLC 2009; 168.

98. Lippert H., Koch A., Marusch F. et al. Off ene vs. laparoskopische Appendektomie. *Der Chirurg* 2002; 73: 8: 791—798.

99. Rollins M.D., Chan K J., Price R.R. Laparoscopy for appendicitis and cholelithiasis during pregnancy: a new standart of care. *SurgEndosc* 2004; 18: 2: 237—241.

100. Thambidorai C.R., AmanFuad Y. Laparoscopic appendicectomy for complicated appendicitis in children. *Singapore Med J* 2008; 49: 12: 994—997.

101. Tilden J.H., Tilden J.H. Appendicitis: The Etiology, Hygienic and Dietetic Treatment. London: Kessinger Publishing 1996; 184.

102. Faiz O., Clark J., Brown T. et al. Traditional and laparoscopic appendectomy

in adults: outcomes in English NHS hospitals between 1996 and 2006. *Ann Surg* 2008; 248: 5: 800—806.

103. Thompson J.E., Bock R., Love D.K., Moody W.E. Vena cava injuries during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparos cEndosc* 1996; 6: 3: 221—223.

104. Vernon A.H., Georgeson K.E., Harmon C.M. Pediatric laparoscopic appendectomy for acute appendicitis. *Surg. Endosc* 2004; 18: 1: 75—79.