

**KEKSA AHOLIDA O'TKIR APPENDITSIT: KLINIK XUSUSIYATLARI,
DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH USULLARI****Abidov O'.O**<https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz²O'zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali, Buxoro viloyati, 200100, Buxoro, ko'ch. Bahouddin Naqshbandiy 159, tel: +998652252020E-mail: bemergency@rambler.ru**Rezyume.**

O'tkir appenditsit, keng tarqalgan xirurgik holati bo'lib, u keksalarda yuzaga kelganda o'ziga xos qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Garchi u appenditsit holatlarining 5-10% ini tashkil etsa-da, keksa yoshdagi insonlarda kasallikning uchrashi tezligi yiliga taxminan 10000 odamdan 1,5-2 ta holatni tashkil etadi. Ushbu sharh 65 yosh va undan katta bo'lgan bemorlarda appenditsitning epidemiologiyasi, klinik ko'rinishi, diagnostik muammolari, davolash variantlari va natijalarini ko'rib chiqadi. Keksalarda odatda atipik alomatlar kuzatiladi, bu esa diagnostika kechikishiga va asoratlarning yuqori darajaga ko'tarilishiga olib keladi. Ushbu guruhda perforatsiya ko'rsatkichlari 30-50% ni tashkil etadi, bu yosh bemorlarda kuzatilgan 20% dan ancha yuqori bo'lib, o'lim darajasi 5-15% ni tashkil etadi, yosh guruhlarda esa bu ko'rsatkich 1% dan kam. Komorbitlar va atipik belgilarning mavjudligi diagnostikani yanada qiyinlashtiradi. Tasvirlash usullari, xususan, KT, yuqori aniqligi sababli juda muhim hisoblanadi. Davolash rejaları har bir bemorga individual ravishda tanlanishi kerak, jarrohlik va konservativ usullar orasidagi xavf va foydalarni muvozanatlash kerak.

Minimal invaziv bo'lgan laparoskopik appendektomiya tezroq tiklanishni ta'minlaydi, ammo bemorning umumiy sog'lig'i ehtiyotkorlik bilan hisobga olinishi lozim.

Kalit so'zlar: O'tkir appenditsit, keksa aholi, diagnostik qiyinchiliklar, perforatsiya darajalari, laparoskopik appendektomiya, komorbiditlar.

Kirish

O'tkir appenditsit — shoshilinch jarrohlik aralashuvini talab qiladigan qorindagi og'riqlarning eng keng tarqalgan sabablaridan biri bo'lib, butun aholi orasida umr davomida kasallanish xavfi 7–8% deb baholanadi [10]. Garchi appenditsitning uchrash chastotasi yosh oshgani sayin kamayib borsa-da, u keksalar orasida yuqori asoratlarda va o'lim holatlari tufayli jiddiy dolzarb muammo bo'lib qolmoqda. 65 yosh va undan katta yoshdagi shaxslar appenditsit bilan kasallangan bemorlarning 5–10% ini tashkil etadi, kasallanish chastotasi esa yiliga har 10 000 kishiga 1,5–2 ta holatga to'g'ri keladi [5].

Keksalarda o'tkir appenditsitning klinik ko'rinishi ko'pincha noaniq bo'ladi, bu esa tashxisda kechikish va asoratlarda xavfining oshishiga olib keladi. Yosh bemorlarda uchraydigan klassik belgilar — pastki o'ng qorinda og'riq va isitma — keksalarda kam uchraydi. Aksincha, ularda umumiy qorindagi og'riq, ongning chalkashuvi, ishtahaning yo'qolishi kabi nonspecific (noaniq) belgilar bilan namoyon bo'ladi [2]. Ushbu noan'anaviy simptomlar ko'p sonli hamroh kasalliklar bilan birgalikda tashxis jarayonini qiyinlashtiradi va davolashda kechikish ehtimolini oshiradi [7].

Diagnostic tasvirlash usullari keksalarda o'tkir appenditsitni aniqlashda muhim rol o'ynaydi. Kompyuter tomografiyasi (KT) yuqori sezuvchanlik (94–98%) va o'ziga xoslik (93–97%) ko'rsatkichlari tufayli ayniqsa foydalidir [11]. Radiatsiyaga ta'sirlanish xavfi mavjud bo'lgan holatlarda esa ultratovush (UTT) yoki magnit-rezonans tomografiya (MRT) qo'llaniladi. Diagnostic texnologiyalarning rivojlanganiga qaramay, keksalarda appenditsitning yorilishi (perforatsiyasi) holatlari 30–50% atrofida bo'lib qolmoqda; bu ko'rsatkich yoshlar orasida taxminan 20% ni tashkil etadi [10].

O'tkir appenditsitni davolash strategiyalari har bir bemorning umumiy ahvoli va hamroh kasalliklarini hisobga olgan holda individual tarzda tanlanishi kerak. Minimal invaziv bo'lgani uchun laparoskopik appendektomiya afzal ko'riladi — u qisqaroq shifoxona yotish muddati va kamroq operatsiyadan keyingi asoratlarda bilan bog'liq [3]. Biroq, og'ir yurak-qon tomir yoki nafas olish yetishmovchiligi bo'lgan, operatsiyaga yaroqsiz bemorlarda antibiotik bilan konservativ davolash muqobil variant sifatida ko'rib chiqilishi mumkin, ammo bu usulda kasallik qaytalanishi va kechikkan asoratlarda xavfi yuqoridir [9].

Keksalarda o'tkir appenditsitdagi o'lim ko'rsatkichlari yosh bemorlarnikiga nisbatan ancha yuqori — 5–15% atrofida, yoshlar orasida esa bu ko'rsatkich 1% dan kam [7]. Bunday yuqori letallik darajasi kech tashxis, perforatsiya ko'rsatkichining yuqoriligi va ko'p sonli hamroh kasalliklar bilan bog'liq. Shu sababli, kasallikni erta aniqlash, zamonaviy tasvirlash usullaridan o'z vaqtida foydalanish va maqbul davolash usullarini qo'llash natijalarni yaxshilashda muhim ahamiyatga ega.

Epidemiologiya

O'tkir appenditsit barcha yosh guruhlarida keng tarqalgan bo'lsa-da, keksalar orasida u o'ziga xos qiyinchiliklar va klinik xususiyatlarga ega. Umumiy aholida o'tkir

appenditsitning uchrash chastotasi yiliga har 100 000 kishiga 86 ta holat deb baholanadi. Biroq bu ko'rsatkich yosh o'tishi bilan kamayadi. 65 yosh va undan katta bo'lgan keksalar orasida appenditsit holatlari barcha o'tkir appenditsit holatlarining taxminan 5–10% ini tashkil etadi [10].

So'nggi tadqiqotlar keksalarda o'tkir appenditsitning chastotasi yiliga har 10 000 kishiga 1,5 dan 2 tagacha holat atrofida ekanligini ko'rsatmoqda [5]. Bu past ko'rsatkich keksalarda kasallikning nisbatan kam uchrashini bildirsa-da, ular orasida asoratlari va o'lim xavfi ancha yuqori. Masalan, keksa bemorlarda perforatsiya (teshilish) ko'rsatkichlari 30–50% oralig'ida bo'lib, bu yosh bemorlardagi 20% ko'rsatkichdan ancha yuqori [7]. Bu holat ko'pincha keksa bemorlarda simptomlar noaniq ko'rinishda bo'lishi va tashxisda kechikishlar tufayli yuzaga keladi, bu esa klinik baholashni murakkablashtiradi [2].

Jinsiy tafovutlar ham o'tkir appenditsitning epidemiologiyasida muhim rol o'ynaydi. Eraklarda bu kasallik ayollarga nisbatan biroz ko'proq uchraydi, va bu tendensiya keksalikda ham saqlanib qoladi. Shunga qaramay, menopauzadan keyingi ayollarda asoratlari soni erkaklarga qaraganda yuqoriroq bo'ladi [13].

O'tkir appenditsit uchrash tezligida geografik farqlar ham kuzatilgan — G'arbiy mamlakatlarda Sharqiy mintaqalarga qaraganda ko'rsatkichlar yuqoriroq. Bu farqlar parhez, turmush tarzi va tibbiy xizmatga bo'lgan kirish imkoniyatlaridagi tafovutlar bilan izohlanadi [1].

Keksalarda o'tkir appenditsit bilan bog'liq o'lim holatlari yosh bemorlarnikiga qaraganda ancha yuqori. Taxminlarga ko'ra, keksalar orasida o'lim ko'rsatkichi 5–15% ni tashkil etsa, yoshlar orasida bu ko'rsatkich 1% dan pastdir [7]. Bu yuqori letallik darajasi quyidagi omillar bilan bog'liq: kechikkan tashxis, yuqori perforatsiya darajasi va bemorda mavjud bo'lgan qo'shimcha kasalliklar, ular esa tashxis qo'yish va davolash jarayonlarini yanada murakkablashtiradi.

Klinik namoyon bo'lishi

Keksalarda o'tkir appenditsitning klinik manzarasi yosh bemorlarnikidan sezilarli darajada farq qiladi, bu esa tashxisda qiyinchiliklar va kechikishlarga olib keladi. Ushbu farqlarni tushunish — vaqtida tashxis qo'yish va to'g'ri davolashni tanlash uchun juda muhim bo'lib, bemor natijalariga sezilarli ta'sir ko'rsatadi.

Noan'anaviy simptomlar

Keksa bemorlarda ko'pincha atipik va noaniq belgilar kuzatiladi. Yosh bemorlarda uchraydigan klassik belgilardan — pastki o'ng qorinda og'riq, isitma va leykotsitoz — farqli o'laroq, keksalarda quyidagilar tez-tez uchraydi:

1. Umumiy qorindagi og'riq:

Og'riq faqat pastki o'ng sohada chegaralanmasligi mumkin. Aksincha, u butun qorin bo'ylab tarqalgan yoki aniq lokalizatsiyalanmagan bo'lishi mumkin, bu esa tashxisni murakkablashtiradi [2].

2. Aqliy holatning o'zgarishi:

Alahsirash, sustlik, yoki ongning buzilishi (konfuzion holatlar) tez-tez uchraydi, ayniqsa ilgari demensiya yoki boshqa kognitiv buzilishlarga ega bemorlarda. Ushbu simptomlar qorindagi asosiy patologiyani "yashirishi" mumkin [6].

3. Ishtahaning yo'qolishi va ko'ngil aynishi:

Bu simptomlar barcha yosh guruhlarida uchrasa-da, keksa bemorlarda ularning ifodalanishi kuchliroq bo'lishi va uzoq davom etishi mumkin. Bu esa tibbiy yordamga murojaat qilishda kechikishga olib keladi.

Klassik belgilarning yo'qligi

Keksalarda o'tkir appenditsit ko'plab holatlarda klassik klinik belgilar bilan namoyon bo'lmasligi bilan ajralib turadi, bu esa tashxisni kechiktirish xavfini oshiradi:

1. Isitmaning yo'qligi:

Ko'plab keksa bemorlarda sezilarli darajadagi isitma kuzatilmaydi. Bu holat shifokorlarni yanglish fikrga olib borishi mumkin va natijada tashxis kechikadi [4].

2. Leukotsitozning yo'qligi:

Yosh bemorlarda o'tkir appenditsitga xos bo'lgan oq qon tanachalari (leykotsitlar) miqdorining oshishi keksalarda ko'pincha bo'lmaydi yoki juda kam ifodalanadi. Bu esa kasallik og'irligining past baholanishiga olib keladi [14].

Aldovchi (noaniq) fizik ko'rik belgilar

Keksalarda fizik tekshiruv natijalari ham ko'pincha noto'g'ri yo'nalishga olib keladi:

1. Yengillashtirilgan yallig'lanish javobi:

Immunosenesensiya — ya'ni yoshga bog'liq immun tizimning zaiflashuvi — tufayli keksa bemorlarda yallig'lanish javobi susaygan bo'ladi. Natijada, peritonitga xos bo'lgan belgilardan biri bo'lgan "rebound tenderness" (bosgandan keyin kuchli og'riq) yoki qorinning himoyalovchi tarangligi (mushaklarning reflektor siqilishi) kuzatilmasligi yoki juda kuchsiz bo'lishi mumkin [8].

2. Hamroh kasalliklar:

Qandli diabet, yurak-qon tomir kasalliklari, surunkali nafas yo'li kasalliklari kabi ko'p sonli komorbid holatlar mavjud bo'lishi appenditsit simptomlarini yashirishi yoki boshqa kasalliklar bilan chalkashtirishga olib kelishi mumkin. Masalan, divertikulit yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi bo'lgan bemorda qorindagi og'riq avvalgi tashxis bilan bog'lanib, appenditsit e'tibordan chetda qolishi mumkin [12].

Tashxisda kechikishlar

Keksalarda o'tkir appenditsitning atipik namoyon bo'lishi va noto'g'ri baholanishi tashxisda kechikishlarga olib keladi:

1. Tibbiy yordamga murojaat qilishda kechikish:

Keksa bemorlar kuchli og'riq sezmasliklari yoki umumiy, noaniq simptomlarni o'z-o'zini davolash orqali bartaraf etishga urinishlari tufayli shifokorga kech murojaat qilishadi [15].

2. Noto'g'ri dastlabki tashxis:

Keksalarda o'tkir appenditsit holatlarida noto'g'ri dastlabki tashxislar tez-tez uchraydi. Gastroenterit, siydik yo'llari infeksiyalari yoki divertikulit kabi kasalliklar ko'proq ehtimol sifatida baholanadi va natijada appenditsit tashxisi kech qo'yiladi [10].

Asoratlari va natijalari

Keksalarda kech tashxis va davolash o'tkir appenditsitning og'ir kechishiga olib keladi:

1. Perforatsiya (teshilish):

Keksalarda o'tkir appenditsitda perforatsiya xavfi ancha yuqori bo'lib, 30–50% oralig'ida baholanadi. Bu yosh bemorlardagi ~20% ko'rsatkichdan ancha yuqori. Perforatsiyaning bu darajada keng tarqalganligi aynan simptomlar sekin rivojlanishi va tashxisdagi kechikishlar bilan bog'liq [7].

2. Abstsess hosil bo'lishi:

Kechikkan tashxis tufayli keksalarda abstsesslar ko'proq uchraydi. Bunday abstsesslar qo'shimcha aralashuvlarni, masalan, drenaj qo'yishni talab qiladi va kasallikning borishini murakkablashtiradi [10].

3. O'lim holatlari:

Keksalarda o'tkir appenditsit bilan bog'liq o'lim ko'rsatkichlari sezilarli darajada yuqori — 5–15% atrofida, yosh guruhlarida esa bu ko'rsatkich 1% dan kam. Bu yuqori letallik darajasi asoratlarning ko'pligi va bemorlarda mavjud bo'lgan qo'shimcha kasalliklar bilan bog'liq bo'lib, ular appenditsitning og'irlashishiga olib keladi [7].

Tashxisdagi qiyinchiliklar

Keksalarda o'tkir appenditsitni tashxislash bir qator murakkabliklarga ega bo'lib, bu holat ko'pincha atipik klinik namoyon bo'lishi, hamroh kasalliklar va laborator hamda instrumental tekshiruvlarning noaniq natijalari bilan bog'liq. Bu qiyinchiliklar tashxis va davolashda kechikishlarga olib kelib, bemor salomatligiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Atipik klinik namoyon bo'lish

Keksalarda simptomlar ko'pincha an'anaviy bo'lmagan va noaniq shaklda kechadi, bu esa klinik tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi:

1. Lokalizatsiyalanmagan og'riq:

Qorindagi og'riq, ayniqsa, pastki o'ng sohaga xos bo'lmagan, tarqalgan yoki aniqlanmagan tarzda namoyon bo'ladi. Bu holat appenditsit o'rniga boshqa tashxislar qo'yilishiga yoki kechikkan tashxisga olib keladi [2].

2. Klassik belgilar yo'qligi:

Isitma, pastki o'ng sohada og'riq va leykotsitozdan iborat klassik triada keksalarda ko'pincha kuzatilmaydi yoki kuchsiz ifodalangan bo'ladi. Masalan, isitma yoki oq qon tanachalarining ko'payishi sust bo'lishi mumkin, bu esa shifokorning og'irlikni yetarli baholamasligiga olib keladi [14].

Hamroh kasalliklar

Keksalarda ko‘pincha bir nechta surunkali kasalliklar mavjud bo‘ladi, bu esa o‘tkir appenditsit simptomlarini yashirishi yoki boshqa kasalliklarga o‘xshash simptomlar bilan namoyon bo‘lishiga olib keladi:

1. Simptomlarning chalkashligi:

Divertikulit, xoletsistit, siydik yo‘llari infeksiyalari kabi holatlar ham appenditsitga o‘xshash simptomlar bilan kechadi. Bu esa aniqlik kiritilmagan klinik holatlarda noto‘g‘ri yo‘nalishga olib borishi mumkin [14].

2. Polifarmatsiya (ko‘p dori iste‘moli):

Keksa bemorlar ko‘p dorilar qabul qilishadi. Masalan, kortikosteroidlar yallig‘lanish reaksiyasini bostirib, infeksiya va yallig‘lanishning klassik belgilarini yashiradi [12].

Laborator tekshiruvlar

Keksalarda o‘tkir appenditsitda laborator ko‘rsatkichlar ko‘pincha ishonchsiz yoki noto‘g‘ri yo‘naltiruvchi bo‘ladi:

1. Leykotsitozning bo‘lmasligi yoki engil ifodalanishi:

Yosh bemorlarga xos oq qon tanachalarining ko‘payishi keksalarda kuzatilmasligi mumkin. Bu esa kasallik og‘irligini past baholashga va keyingi tekshiruvlarni kechiktirishga olib keladi [8].

2. Yallig‘lanish markerlarining noodatiy bo‘lishi:

Masalan, C-reaktiv oqsil (CRP) yosh bemorlardagidek yuqori bo‘lmasligi mumkin, bu esa tashxisni yanada murakkablashtiradi [15].

Instrumental tashxisdagi qiyinchiliklar

Tasvirlash usullari — o‘tkir appenditsitni aniqlashda muhim ahamiyatga ega, ammo ular ham keksalarda o‘ziga xos muammolarga duch keladi:

1. KT (kompyuter tomografiyasi):

KT juda sezgir (94–98%) va aniq (93–97%) bo‘lishiga qaramay, ba’zida natijalar noaniq bo‘lishi mumkin. Radiologik talqinlar farqlanishi yoki atipik tasvirlar tashxisni qiyinlashtiradi [11].

2. Ultratovush (UTT):

Keksalarda qorindagi yog‘ to‘qimalarining ko‘pligi yoki ichak gazlari appendiksni ko‘rishga xalaqit beradi. Bu esa UTT ishonchliligini pasaytiradi [13].

3. Magnit-rezonans tomografiya (MRT):

Radiatsiyadan saqlanish kerak bo‘lgan holatlarda foydali bo‘lishiga qaramay, MRTning mavjudligi va o‘tkir sharoitda tasvir olishga ketadigan vaqt cheklovchi omil bo‘lishi mumkin [10].

Tashxisda kechikishlar

Yuqoridagi omillarning kombinatsiyasi — atipik simptomlar, laborator noaniqliklar va instrumental qiyinchiliklar — tashxisda kechikishga olib keladi:

1. Kech murojaat qilish:

Keksalar og‘riqni kuchli sezmasliklari yoki simptomlarning noaniq kechishi sababli shifokorga kech murojaat qilishadi. Tashxis qo‘yilguniga qadar kasallik rivojlanib, asoratlarni yuzaga keladi [4].

2. Noto‘g‘ri dastlabki tashxis:

Gastroenterit, siydik yo‘llari infeksiyasi, divertikulit kabi holatlar appenditsitdan avval ko‘rib chiqiladi. Bu esa davolanishda kechikishlarga olib keladi [7].

Natijalarga ta‘siri

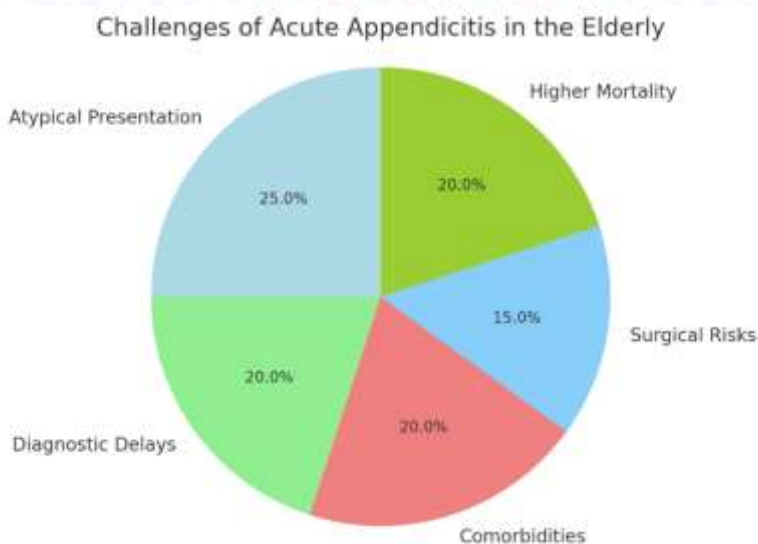
Keksalarda o‘tkir appenditsitni tashxislashdagi qiyinchiliklar bemor natijalariga jiddiy ta‘sir ko‘rsatadi:

1. Yuqori perforatsiya ko‘rsatkichlari:

Tashxis qo‘yishdagi kechikishlar tufayli keksa bemorlarda appendiksning yorilishi (perforatsiya) xavfi ancha yuqori bo‘ladi — bu ko‘rsatkich 30–50% atrofida, yosh bemorlarda esa taxminan 20% ni tashkil etadi [7].

2. O‘lim ko‘rsatkichlarining ortishi:

Keksalarda o‘tkir appenditsit bilan bog‘liq o‘lim darajasi ham yuqoriroq — taxminan 5–15%, yosh bemorlar orasida esa bu ko‘rsatkich 1% dan kam [4]. Ushbu ko‘rsatkichlarning yuqoriligi, asosan, og‘ir kechuvchi asoratlarni va ko‘plab hamroh kasalliklar mavjudligi bilan bog‘liq.



Davolash va boshqaruv

Keksalarda o‘tkir appenditsitni davolash va boshqarish yondashuvi alohida ehtiyohtkorlikni talab qiladi, chunki bu guruhdagi bemorlar atipik klinik kechish, ko‘p sonli komorbid holatlar va yuqori asoratlarni xavfi bilan ajralib turadi. Har ikki yondashuv — jarrohlik va jarrohlik bo‘lmagan usullar — individual baholash asosida

tanlanishi kerak. Bunda operatsiyadan oldingi va keyingi davrni puxta rejalashtirish muhim ahamiyatga ega.

Jarrohlik davolash

O'tkir appenditsitda asosiy va eng ishonchli davolash usuli — jarrohlik aralashuvi bo'lib, uni o'z vaqtida amalga oshirish perforatsiya, abstsess kabi asoratlarni oldini olishda muhimdir.

Laparoskopik appendektomiya

Keksalarda laparoskopik appendektomiya ochiq jarrohlikdan afzal ko'riladi, chunki bu usul minimal invaziv hisoblanadi. Afzalliklari quyidagilardan iborat:

1. **Operatsiyadan keyin og'riqning kamligi:** Ayniqsa, og'riqqa sezuvchanligi yuqori bo'lgan va analgetiklarga yomon toqat qiluvchi keksalar uchun muhim [3].
2. **Shifoxonada qisqa qolish muddati:** Qisqa reabilitatsiya va erta uyga chiqarilish — bu nosokomial infeksiyalar va boshqa asoratlar xavfini kamaytiradi [7].
3. **Kamroq asoratlar:** Yaralarning infeksiyasi va boshqa operatsiyadan keyingi nojo'ya holatlar laparoskopik usulda kamroq uchraydi [8].

Ochiq appendektomiya

Quyidagi holatlarda ochiq jarrohlik afzal bo'lishi mumkin:

1. **Murakkab appenditsit:** Appendiksning yorilishi yoki keng peritonit mavjud bo'lsa, qorinning to'liq sanatsiyasi uchun ochiq yondashuv zarur bo'lishi mumkin [13].
2. **Laparoskopiya qarshi ko'rsatmalar:** Jiddiy yurak yoki o'pka yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarda yoki pnevmoperitoneum (qorinning ichki bosimini oshirish) xavfli hisoblangan holatlarda [15].

Konservativ davolash

Ayrim yuqori xavfli bemorlar uchun (jarrohlikka yaroqsiz bo'lgan) antibiotik bilan davolash ko'rib chiqilishi mumkin:

1. **Antibiotik terapiya:** Murakkablanmagan appenditsit holatlarida keng ta'sir doirasiga ega antibiotiklar yordamida davolash mumkin. Biroq bu usulda kasallikning qaytalanish xavfi mavjud [9].
2. **Tanlov mezonlari:** Perforatsiya, abstsess yoki umumiy peritonit belgilari bo'lmagan, tibbiy kuzatuv ostida bo'lgan bemorlar uchun mo'ljallangan [3].

Operatsiyagacha tayyorgarlik

Keksalarda operatsiyadan oldingi baholash juda muhim, chunki ularda komorbid holatlar ko'p bo'ladi:

1. **Yurak faoliyatini baholash:** Perioperatsion yurak asoratlarini kamaytirish uchun yurak faoliyatini to'liq tekshirish va zaruratga ko'ra davo qilish [12].
2. **Nafas olish funksiyasini baholash:** KOAH yoki boshqa nafas yo'llari kasalliklari mavjud bo'lsa, ularni stabillashtirish muhim [7].

3. **Dori vositalarini ko‘rib chiqish:** Qon ivishiga ta’sir qiluvchi dorilar (antikoagulyantlar, antitrombotsitlar) operatsiyadan oldin baholanishi kerak [8].

Operatsiyadan keyingi parvarish

Operatsiyadan keyingi davrda quyidagi yondashuvlar muhim:

1. **Erta harakatlantirish:** Tromboembolik holatlar, o‘pka asoratlari va yotoq yaralarining oldini olish uchun bemorni erta yurgizish [14].
2. **Og‘riqni boshqarish:** Narkotik vositalarga sezuvchanlik yuqori bo‘lgan keksalarda og‘riqni ehtiyotkorlik bilan nazorat qilish — deliriya xavfini hisobga olish lozim [15].
3. **Ovqatlanishni qo‘llab-quvvatlash:** Sog‘ayish va tiklanish uchun to‘g‘ri ovqatlanish juda muhim, ayniqsa avvaldan oziqlanish yetishmovchiligi mavjud bemorlarda [12].
4. **Asoratlarni kuzatish:** Yaralar infeksiyasi, pnevmoniya, siydik yo‘llari infeksiyasi kabi asoratlarni erta aniqlash uchun doimiy monitoring zarur [10].

Qariyalarda o‘tkir appenditsitni boshqarishda murakkablik va muvozanat

Jarrohlik texnikasi va perioperatsion parvarishdagi yutuqlarga qaramay, keksalarda o‘tkir appenditsit natijalari yosh guruhlariga nisbatan yomonroq bo‘ladi:

1. **O‘lim ko‘rsatkichlari yuqori:** Keksalar orasida o‘lim darajasi 5–15% ni tashkil etadi, bu ko‘rsatkich yosh bemorlarga qaraganda ancha yuqori. Sababi esa kechki tashxis qo‘yilishi va asoratlarning sonining ko‘pligidir [4].
2. **Kasallikdan keyingi asoratlarning ortishi:** Yurak-qon tomir hodisalari, o‘pka asoratlari va infeksiyalar kabi operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqoriligi kasallik yukini oshiradi [7].

Keksalar orasidagi o‘tkir appenditsit klinik jihatdan murakkab holatni keltirib chiqaradi. Garchi umumiy appenditsit holatlarining kichik qismini tashkil etsa-da, bu yosh guruhda asoratlarning va o‘lim xavfi haddan tashqari yuqori. Bunga bir nechta omillar sabab bo‘ladi: noan’anaviy klinik belgilarning tashxisni kechiktirishi, tashxis qo‘yish imkoniyatlarining cheklangani va tiklanish uchun fiziologik zaxiraning yetishmasligi.

Shunga qaramay, samarali boshqaruv strategiyalari mavjud. Noan’anaviy simptomlarga nisbatan xabardorlikni oshirish orqali erta tashxis qo‘yish va tezkor jarrohlik aralashuvi muhim ahamiyatga ega. Agar imkon bo‘lsa, laparoskopik appendektomiya yallig‘langan o‘rta ichakni olib tashlashda kam invaziv usul sifatida asoratlarni kamaytirishda foydalidir. Biroq, davolash usuli har bir bemorning umumiy ahvoli va hamroh kasalliklariga qarab individual tarzda tanlanishi kerak.

Kelajakda natijalarni yaxshilash uchun istiqbollar mavjud. Noan’anaviy klinik ko‘rinishlar uchun yanada aniq tashxis vositalarini ishlab chiqish, kam invaziv jarrohlik texnikalarini takomillashtirish va shaxsga yo‘naltirilgan davolash rejalarini ishlab chiqish keksalar uchun katta foyda keltirishi mumkin.

Oxir-oqibat, muvaffaqiyatli yondashuv jarrohlar, geriatrlik mutaxassislari va boshqa shifokorlarning jamoaviy hamkorligiga bog‘liq. Bemorlar va ularning qarindoshlari bilan ochiq muloqot — noan’anaviy simptomlar haqida xabardorlikni oshirishdan tortib, tiklanish jarayonini yengillashtirishgacha — butun davolash jarayonida muhimdir. Ushbu murakkabliklarni inobatga olib, kompleks yondashuvni qo‘llagan holda tibbiyot xodimlari keksalarda appenditsitni boshqarishda nozik muvozanatni ushlab, bemorlar uchun eng yaxshi natijalarga erishishlari mumkin.

USE LITERATURES

1. Addiss, D. G., Shaffer, N., Fowler, B. S., & Tauxe, R. V. (1990). The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *American Journal of Epidemiology*, 132(5), 910-925.
2. Abidov U. O., Obidov I. U. Appendicular Giant Mucinous Neoplasms (Case Report) //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – T. 2. – №. 5. – C. 33-37.
3. Birnbaum, B. A., & Wilson, S. R. (2000). Appendicitis at the millennium. *Radiology*, 215(2), 337-348.
4. Di Saverio, S., et al. (2014). WSES guidelines for the diagnosis and treatment of acute appendicitis. *World Journal of Emergency Surgery*, 9(1), 14.
5. Dittmar, Y., et al. (2012). Surgical management of appendicitis in the elderly: A single-center experience and review of the literature. *International Journal of Colorectal Disease*, 27(6), 759-765.
6. Exter, P. L., et al. (2015). Elderly patients with appendicitis: A subgroup requiring more aggressive care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), 491-496.
7. Gavrilovska-Brzanov, A., et al. (2018). Appendicitis in the elderly population: clinical characteristics and outcomes. *Prilozi*, 39(1), 65-72.
8. Genc, V., et al. (2011). Clinical outcomes and mortality predictors of elderly patients with acute appendicitis. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 37(5), 565-570.
9. Hale, D. A., et al. (2012). Appendectomy: A contemporary appraisal. *Annals of Surgery*, 235(3), 439-450.
10. Hansson, J., et al. (2009). Antibiotics as first-line therapy for acute appendicitis: Evidence for a change in clinical practice. *World Journal of Surgery*, 33(5), 1023-1029.
11. Humes, D. J., & Simpson, J. (2006). Acute appendicitis. *BMJ*, 333(7567), 530-534.
12. Kim, K., et al. (2012). Low-dose abdominal CT for evaluating suspected appendicitis. *New England Journal of Medicine*, 366(17), 1596-1605.
13. Obidov, I. U. (2023). RIESIGE MUZINÖSE NEOPLASMEN DES APPENDIX (FALLBERICHT). INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION, 2(22), 85-89.

- 14.Omar, M., et al. (2019). Acute appendicitis in the elderly: Diagnostic challenges and surgical outcomes. *Cureus*, 11(3), e4283.
- 15.Sartelli, M., et al. (2018). Prospective observational study on acute appendicitis worldwide (POSAW). *World Journal of Emergency Surgery*, 13(1), 19.
- 16.Storm-Dickerson, T. L., & Horattas, M. C. (2003). What we have learned over the past 20 years about appendicitis in the elderly? *American Journal of Surgery*, 185(3), 198-201.
- 17.Teixeira, P. G., & Demetriades, D. (2013). Appendicitis: Changing perspectives. *Advances in Surgery*, 47(1), 119-140.