



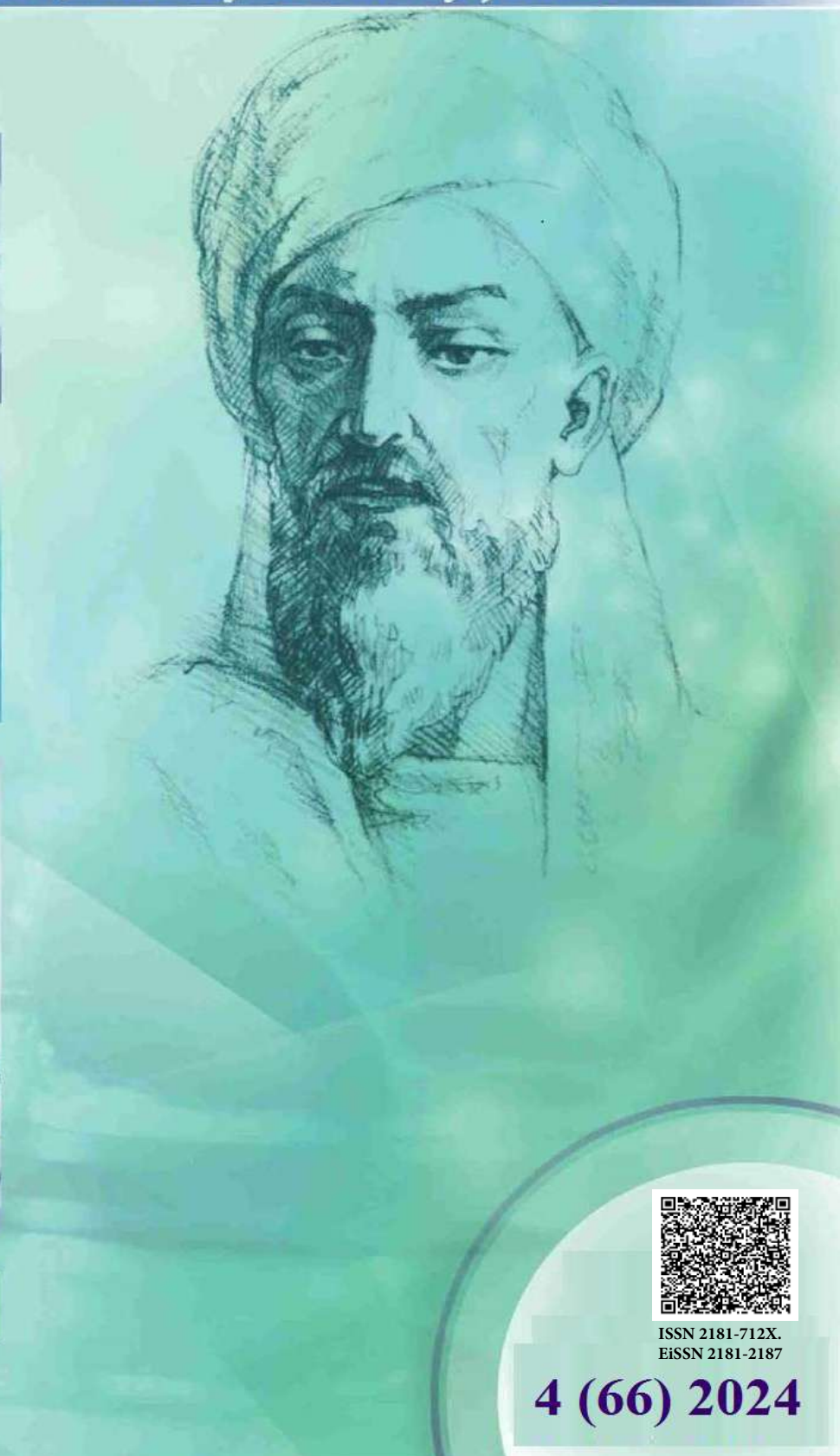
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (66) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (66)

2024

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

UDK-612.42.

XIRURGIK SEPSISLARDA IMMUNOLOGIK O'ZGARISHLAR

Usarov Anvar Mavlonovich, Askarov Toxir Askarovich,
Ashurmetov Ahmadjon, Ismoilov Farxod Mirjalilovich.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi 223,
tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Rezyume

Qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir yallig'lanish kasalliklari zamonaviy jarrohlikning eng qiyin yo'nalishlaridan biridir. Kasallikning turli shakllari, ko'p sonli asoratlari, o'lim ko'rsatkichlarining o'sish tendentsiyasi tufayli tashxis qo'yish qiyinligi ushbu sohada ilmiy tadqiqotlarning dolzarbligini belgilaydi (Panchenkov RT, 1990; Skripnichenko DF 1986). Maqsad: Dori vositalarining endolimfatik terapiyasining terapevtik ta'siri bir necha mexanizmlarga asoslanadi: limfa tugunlarida va yallig'lanish o'chog'ida yuqori konsentratsiyali dorilarni yaratish, limfa tugunlari limfotsitlari bilan aloqa qilish, mikrosirkulyatsiya tizimini normallashtirish. mikrotomirlarda va interstitiumlarda, limfa tugunlari orqali immunomodulator ta'sir ko'rsatadi. Materiallar va usullar. Tadqiqotda qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir yallig'lanish patologiyasi bilan og'rigan, Toshkent shahridagi klinikalarning jarrohlik bo'limlarida davolanayotgan 36 nafar bemor ishtirok etdi.

Kalit so'zlar: Limfa tizimi, to'g'ridan-to'g'ri boshqariladigan endolimfatik terapiya, peritonit, jarrohlik infeksiyalari, endolimfatik antibiotik terapiyasi (ELAT).

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ СЕПСИСЕ

Усаров Анвар Мавлонович, Аскарров Тохир Аскарлович,
Ашурметов Ахмаджон, Исмоилов Фарход Миржалилович.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент,
ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости являются одним из наиболее сложных разделов современной хирургии. Трудность диагностики, обусловленная большим разнообразием форм течения заболеваний, значительное число осложнений, тенденция к возрастанию показателей летальности определяют актуальность научных исследований в данной области (Панченков Р.Т., 1990; Скрипниченко Д.Ф. 1986.). Цель: В основе лечебного эффекта от эндолимфатической терапии лекарственных препаратов лежат несколько механизмов: создание высоких концентраций лекарственных препаратов в лимфатических узлах и в очаге воспаления, вступить в контакт с лимфоцитами лимфоузлов, нормализация системы микроциркуляции в микрососудах и интерстиции, иммуномодулирующий эффект через лимфатических узлов. Материал и методы. Обследованы 36 больных с острой воспалительной патологией органов брюшной полости, находившихся на лечении в хирургических отделениях клиник города Ташкента.

Ключевые слова: Лимфатическая система, прямая управляемая эндолимфатическая терапия (ПУЭТ), перитонит, хирургические инфекции, эндолимфатическая антибиотикотерапия (ЭЛАТ).

IMMUNOLOGICAL CHANGES IN SURGICAL SEPSIS

Usarov Anvar Mavlonovich, Askarov Toxir Askarovich,
Ashurmetov Ahmadjon, Ismoilov Farxod Mirjalilovich.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent,
223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz



✓ **Resume**

Relevance of the topic. Acute inflammatory diseases of the abdominal organs are one of the most difficult areas of modern surgery. The difficulty of diagnosis, due to a wide variety of forms of the course of diseases, a significant number of complications, a tendency to an increase in mortality rates determine the relevance of scientific research in this area (Panchenkov R.T., 1990; Skripnichenko D.F. 1986.). **Purpose:** The therapeutic effect of endolymphatic therapy of drugs is based on several mechanisms: the creation of high concentrations of drugs in the lymph nodes and in the focus of inflammation, to come into contact with lymphocytes of the lymph nodes, normalization of the microcirculation system in microvessels and interstitium, immunomodulatory effect through the lymph nodes. **Material and methods.** The study involved 36 patients with acute inflammatory pathology of the abdominal organs, who were treated in the surgical departments of clinics in the city of Tashkent.

The therapeutic effect of endolymphatic therapy of drugs is based on several mechanisms: the creation of high concentrations of drugs in the lymph nodes and in the focus of inflammation, to come into contact with the lymphocytes of the lymph nodes; normalization of the microcirculation system in micro vessels and interstitial; immunomodulatory effect through of lymphocytes of lymph nodes.

Key words: Lymphatic system, direct controlled endolymphatic therapy (DCET), peritonitis, surgical infections, endolymphatic antibiotic therapy (ELAT).

Dolzarbligi

Qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir yallig'lanish kasalliklari zamonaviy jarrohlikning eng qiyin yo'nalishlaridan biridir. Kasallikning turli shakllari, ko'p sonli asoratlar, o'lim ko'rsatkichlarining o'sish tendentsiyasi tufayli tashxis qo'yish qiyinligi ushbu sohadagi ilmiy tadqiqotlarning dolzarbligini belgilaydi (Panchenkov RT, 1990; Skripnichenko DF 1986).

Ikkinchisining ustuvor yo'nalishi - bu nafaqat turli xil o'tkir yallig'lanish operatsiyalarining sababi bo'lgan turli xil infeksiyalarning oldini olish va davolash muammosi, kasalliklar, shuningdek, jarrohlik sepsis va septik shokgacha bo'lgan ko'plab operatsiyadan keyingi asoratlar (Saveliev BC, 2014). Bu adekvat antibiotik terapiyasining samarali usullarini izlashga undaydi.

So'nggi paytlarda antibiotik terapiyasi samaradorligining pasayishi bir nechta sabablarga bog'liq, ular orasida antibiotiklarga chidamli shtammlarning tez paydo bo'lishiga e'tibor beringmikroorganizmlarning harakatlanishi, travmatizm va operatsiya hajmining oshishi xavf darajasi yuqori bo'lgan bemorlarga aralashuvlar, antibiotiklardan oqilona foydalanish, ularning to'qimada terapevtik kontsentratsiyasini yaratishda qiyinchiliklar (Loxvitskiy S.V. va boshq. 1992). Antibakterial terapiyaning oqilona sxemalari va usullarini izlash patogenetik jihatdan asosli yondashuvlarni ishlab chiqishni rag'batlantiradi, bu ayniqsa uzoq muddatli antibiotik terapiyasi fonida rivojlangan interkurrent kasallik va ikkilamchi infeksiyani davolashda muhim ahamiyatga ega (Golbraikh V.A. 1998).

So'nggi yillarda kateterlangan periferik limfa tomirlariga (PLT) dorilarni to'g'ridan-to'g'ri endolimfatik quyish usuli keng tarqaldi. To'g'ridan-to'g'ri boshqariladigan endolimfatik antibiotik terapiyasi (TTBET) usulini qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir patologiyasi bo'yicha chora-tadbirlar kompleksiga kiritish davolash jarayonini sezilarli darajada kuchaytiradi, antibiotiklarning kurs dozalarini kamaytiradi va kech yiringli-septik asoratlarning chastotasini kamaytiradi (Yarema I.V. va boshqalar 1993, 2008; Panchenko R. T. va boshqalar, 1984; Vyrenkov Yu. E. va boshqalar, 1986; 2010; Ermolov A. S. va boshqalar, 1987; Buyanov V. M. va boshqalar. 1995).

Shunga qaramay, limfa tizimiga to'g'ridan-to'g'ri ta'sir qiladigan patologik jarayonni davolash va organizmning TTBETga reaksiyalarini o'rganishning ko'plab masalalari yanada chuqur o'rganishni talab qiladi (V.I. Vtorenko va boshq. 2008). Adabiyotda TTBET uchun ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar mezonlari, kunlik va kursli suyuqlik miqdori, endolimfatik terapiyani boshlash vaqti va davomiyligi etarli darajada yoritilgan emas, bu tadqiqot dasturini tuzishda hisobga olingan (Asqarov T.A. va boshqalar 2016, 2018, 2020).

Tadqiqot maqsadi: O'tkir jarrohlik kasalliklari va ularning asoratlarida TTBET va ELAT dan foydalangan holda turli xil kelib chiqishi va og'irlikdagi peritonitda organizmning reaksiyasini tahlil qilish.

Material va usullar

Toshkent shahridagi klinikalarning jarrohlik bo'limlarida davolanayotgan qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir yallig'lanish patologiyasi bilan og'rigan 66 nafar bemor tibbiy ko'rikdan o'tkazildi. Barcha bemorlar 2 guruhga bo'lingan. Bo'linishning asosi terapevtik tadbirlar majmuasiga limfogen usullarni kiritish yoki yo'qligi edi. Birinchi guruh (asosiy) 14 bemordan iborat bo'lib, ular kompleks chora-tadbirlarga endolimfatik terapiya kiritildi. Limfogen ta'sirlardan foydalanmagan 22 bemor miqdorida ikkinchi guruh (nazorat) bemorlari.

Kuzatish uchun ikkita kasallik tufayli asorat sifatida rivojlangan peritonit belgilari bo'lgan bemorlar tanlab olindi: appenditsit (12 kishi) va xoletsistit (2 kishi). Bundan tashqari, asosiy guruhda appendikulyar kelib chiqadigan peritonit 8, xoletsistit-xolangioz - 6, 2-guruhda - mos ravishda 18 va 4 bemorda kuzatilgan.

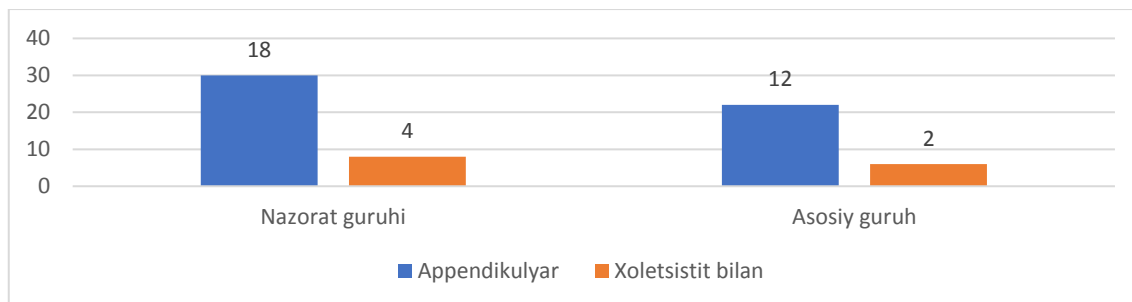


Diagramma 1. Bemorlar guruhining bo'linishi.

Barcha bemorlar biologik muhitni (qon, siydik, limfa) dinamik laboratoriya tekshiruvidan o'tkazildi. Biokimyoviy tahlil umumiy oqsil va uning ulushi, karbamid, kreatinin, xolesterin, diastaza va qon shakarining tarkibini aniqladi.

Birinchi guruh bemorlariga oyoq yoki oyoqning pastki uchdan bir qismidagi periferik limfa tomirlari kateterizatsiya qilindi va Les-Frank bo'g'imi, o'ta og'ir intoksikatsiya sharoitida beshta bemorga ko'krak limfa yo'lini (KLY) drenajlash amalga oshirildi. kafedramizda bajariladigan standart texnika (1989).

Ko'rsatkichlarga qarab kateterlangan periferik limfa tomiriga antibiotiklar, proteolitik fermentlar ingibitorlari, geparin va reologik preparatlar kiritildi. Dori vositalarining kombinatsiyasi, ularning dozalari va hajmlari peritonitning og'irligi va kelib chiqishiga, bemorning ahvoriga bog'liq.

Davolanishdan oldin va davolashdan keyingi 14-kuni asosiy immunologik ko'rsatkichlarni baholash orqali nazorat immunologik tadqiqot o'tkazildi: umumiy T-limfotsitlarning nisbiy va mutlaq sonini hisoblash bilan rozet reaksiyalarida immunitetning hujayrali aloqasi T va B. ularning asosiy subpopulyatsiyalari. Fagotsitar faollik A.M usuli bilan baholandi. Zemskov. Asosiy biokimyoviy ko'rsatkichlar Kamyshnikov V.S.

Statistik ishlov berish STATISTICA dasturiy paketi (Windows uchun 10-versiya) yordamida amalga oshirildi. Olingan natijalarning ishonchliligini baholash uchun barcha raqamli materiallar statistik ishlovdan o'tkazildi. Barcha populyatsiyalarda o'rtacha arifmetik (M) va o'rtacha kvadrat xatosi (m) aniqlandi. Muhim farqlarni aniqlash uchun quyidagi parametrik bo'lmagan mezonlar qo'llanildi: tadqiqot va nazorat guruhlarida indikatorning dinamikasini solishtirish, juft taqqoslash uchun Wilcoxon testi; tadqiqot va nazorat guruhlarini bitta ko'rsatkich bo'yicha solishtirish - Mann-Whitney U-testi. Barcha statistik testlar ikki tomonlama ahamiyatlilik darajasida o'tkazildi. Farqlar $p < 0.05$ da muhim deb hisoblandi.

Natija va tahlillar

Yallig'lanish o'chog'ida destruktiv o'zgarishlar rivojlanishida limfa tizimi muhim rol o'ynaydi. Yallig'lanish o'chog'ida shish paydo bo'lishiga olib keladigan reaksiyalar ketma-ketligi qon tomirlaridan eksudatsiyaning kuchayishi va limfa tizimining hujayralararo bo'shliqlaridan suyuqlik va kolloid moddalarning reabsorbsiyasining sekinlashishi bilan bog'liq. Bu holda rivojlanayotgan shish yallig'lanish o'chog'ida to'qimalarning trofizmiga sezilarli darajada to'sqinlik qiladi, natijada kam oksidlangan metabolik mahsulotlar va hujayra nekrozi hosil bo'ladi, bu esa o'z navbatida organizmdagi toksinlar havzasini oshiradi.

Ushbu shartlar bizda ishlatiladigan endolimfatik preparatlarni tanlash uchun asos bo'ldi. Shunday qilib, masalan, agar faqat antibiotik qo'llanilsa, u yallig'lanish va mintaqaviy limfa tugunlariga kirishiga doimo umid qilish mumkin emas. Ammo agar limfa geparinizatsiyasidan keyin xuddi shu antibiotik qo'llanilsa, limfa yo'llari bo'ylab biologik suyuqlikning kutilgan o'tish ehtimoli sezilarli darajada oshadi. Biz, boshqa

mualliflar kabi, endolimfatik infuziyalar asosiy limfa tomirlari orqali limfa harakatini tezlashtirishini ta'kidladik. Xuddi shu hodisa endotoksikozli bemorlarning klinik kuzatuvlarida qayd etilgan, antibiotiklarni endolimfatik infuziiondan bir necha soat o'tgach, odatda tana harorati ko'tariladi va intoksikatsiya belgilari kuchayadi, bu qon oqimiga toksik limfa intensiv oqimi bilan bog'liq.

Limfa tugunlari, to'siq va detoksifikatsiya funktsiyalaridan tashqari, immunologik himoyada faol ishtirok etadi. Limfotsitlarning barcha subpopulyatsiyalari saqlanib qoladi va ularda ko'payadi. Shu munosabat bilan mikroorganizmlar va ularning toksinlarini yo'q qilish, limfa tugunlarida degenerativ o'zgarishlarning etiologik omili sifatida, o'z-o'zidan organizmning immunologik reaktivligini tiklashga yordam beradi. Ammo ba'zi hollarda, ayniqsa limfopeniyaning og'ir belgilari bilan, immunogenezni rag'batlantirish zarurati mavjud. Shuning uchun qonda limfotsitlarning kam miqdori, T-limfotsitlar subpopulyatsiyalarining nisbiy sonining kamayishi bilan biz T-aktivinni endolimfatik tarzda yubordik, bu esa lezyonda o'tkir yallig'lanishni bartaraf etgandan keyin buyuriladi.

Endolimfatik terapiya suv-elektrolitlar, oqsil va vitamin metabolizmini to'g'irlash, kislota-ishqor holatini normallashtirish va hayotiy organlar va tana tizimlarida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olishga qaratilgan umumiy qabul qilingan davolash usullari fonida amalga oshirildi. Shu bilan birga, antibiotiklar, geparin, antienzimatik vositalar va T-aktivinni kiritish faqat endolimfatik yo'l bilan va ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshirildi.

Belgilangan dori vositalarining miqdoriy tarkibi, yuborilgan eritmalar hajmi, endolimfatik infuziyalar ketma-ketligi va endolimfatik terapiyani boshlash vaqti bemorlarda kasallikning kechish xususiyatlari bilan belgilanadi. Umuman olganda, asosiy guruhning barcha bemorlarini ikkita kichik guruhga bo'lish mumkin: 1-chi - mahalliy peritonit bilan va 2-chi - diffuz peritonit bilan. 2-kichik guruh bemorlari odatda klinikamizga jarrohlikdan so'ng, arziyas usullardan foydalangan holda antibiotik terapiyasining takroriy kurslariga qaramay, operatsiyadan keyingi davrda yuzaga kelgan asoratlar bilan kasalxonaga kelishadi.

Bemorlarning 1-kichik guruhida endolimfatik terapiya operatsiyadan keyingi erta davrda, ba'zan hatto jarrohlik davolashdan oldin, 2-da - kasallikning boshlanishidan 4-6 kun va undan ko'proq vaqt o'tgach boshlangan. Ushbu kichik guruhlar uchun TT BET taktikasi antibiotik terapiyasi, proteolitik fermentlar ingibitorlarini yuborish, mikrosirkulyatsiya buzilishlarini tuzatish va kerak bo'lganda detoksifikatsiya terapiyasini o'z ichiga oladi. Peritonitning keng tarqalgan shakllari uchun taktikadagi farq shundaki, endolimfatik antibiotik terapiyasi boshqa ta'sir mexanizmiga ega bo'lgan antibiotiklarni odatiy qabul qilish fonida boshlangan. Agar 3-4 kundan keyin shundan keyin ijobiy ta'sir kuzatilmadi (haroratning normallasishi, leykotsitozning pasayishi, ichak peristaltikasining ko'rinishi), keyin preparat almashtirildi;

Periferik limfa tomirlari kateterizatsiya qilingandan so'ng, dastlab 2,0 ml dan 2500 IU geparin yuborildi. tuz eritmasi (1 minutda 0,5-0,6 ml eritma). Antibiotiklarni tanlashda biz o'z ishimizda sefalosporinlar va aminoglikozidlar keng spektrli dorilarga ustunlik berdik. Birinchisi, sefalosporinlar III-IV kuniga 1 marta 1,0 g dozada va gentamitsin 80 mg dozada kuniga 1 marta 2 ml eritma hajmida, bu metrogil bilan mushak ichiga yuborishdan 3 baravar kam. Kuniga 50 mg.

Peritonit, fibrinoz va yiringli efüzyonning keng tarqalgan shakllarida proteolitik fermentlarning ingibitorlari - kontrikal (10 000 IU) yoki Gordox 50 000 IU 5,0 ml qo'shimcha ravishda endolimfatik tarzda yuboriladi. fiziologik sho'r suv kuniga 1 marta.

Og'ir intoksikatsiya sindromi bo'lgan ba'zi bemorlarda yuqoridagi sxema 15-20,0 ml reosorbilaktning endolimfatik infuzioni bilan to'ldirildi, bu antibiotik yoki proteaz inhibitori kiritilgandan keyin 6-8 soat o'tgach, dori bilan bog'lanishning oldini olish uchun yuborildi. Reosorbilaktning infuzioni 25-30 daqiqa davomida asta-sekin amalga oshirildi. Davolash kursi uchun 3-4 infuziya o'tkazildi.

Agar limfopeniya 17% dan past bo'lsa, T-aktivinni endolimfatik yuborish antibiotikni yuborishdan 1-1,5 soat o'tgach, 1-2-5 kun davomida 100 mg dan 3 marta zudlik bilan boshlanadi.

- 1. Taqqoslangan guruhlarda peritonit bilan og'rigan bemorlarning og'irlik darajasining ko'rsatkichlarini tahlil qilish.**
- 2. TT BET usuli yordamida solishtirilgan guruhlarda peritonitli bemorlarda immunologik ko'rsatkichlarni tahlil qilish.**

Peritonit bilan og'rigan bemorlarda immunologik ko'rsatkichlarni tahlil qilganda, I va II taqqoslangan guruhlarda umumiy T-limfotsitlar (E-RC) mutlaq sonining boshlang'ich darajasi mos ravishda normal qiymatlardan mos ravishda 1,83 va 1,79 baravar past bo'lgan va amalda farq qilmagan. bir-biriga ($z=0,39$; $p=0,69$) (3-jadval). Davolanishning 14-kunida I guruh bemorlarida bu ko'rsatkich 1,41 martaga ko'tarilish tendentsiyasi kuzatildi, II guruhdagi peritonitli bemorlarda esa 4,5% ga o'sdi ($z=3,06$; $p=0,0022$). Oddiy qiymatlarga nisbatan davolashning 14-kunigacha umumiy T-limfotsitlarning mutlaq tarkibi I guruhda 22,6% ga, II guruhda 41,7% ga kamaygan. I va II guruhlardagi T-yordamchilarning mutlaq tarkibining boshlang'ich darajasi normaga nisbatan mos ravishda 1,71 va 1,76 martaga qisqardi va amalda bir-biridan farq qilmadi ($z=0,2$; $p=0,85$). Davolashning 14-

kuniga kelib I guruhdagi bemorlarda ko'rsatkichning o'sishi 1,5 baravarga, II guruhda - atigi 12,8% ga qayd etildi. I guruhdagi normal ko'rsatkichlarga nisbatan, 14-kunga kelib T-xelperlarning mutlaq tarkibining pasayishi "-12,5%" darajasida, ikkinchisida - T-xelperlar sonining kamayishi "-34,7%" darajasi qayd etildi.

3-jadval

Peritonit bilan og'rigan bemorlarda davolashning 14-kunida solishtirilgan guruhlardagi asosiy immunologik ko'rsatkichlar ($M \pm m$)

Ko'rsatkich, o'lchov birligi	Oddiy qiymatlar ($n = 12$)	Taqqoslash guruhlar	
		Asosiy	Davolashning 14-kuni
T-limfotsitlar, jami (E-ROK), abs.x109/l	1,15 $\pm$ 0,2	(I) 0,63 $\pm$ 0,1	0,89 $\pm$ 0,09
		(II) 0,64 $\pm$ 0,08	0,67 $\pm$ 0,1
		$z=0,39$; $p=0,69$	$z=3,06$; $p=0,0022$
T-yordamchilar, abs.x109/l	0,72 $\pm$ 0,04	(I) 0,42 $\pm$ 0,07	0,63 $\pm$ 0,06
		(II) 0,41 $\pm$ 0,09	0,47 $\pm$ 0,09
		$z=0,2$; $p=0,85$	$z=2,96$; $p=0,003$
T-bostirgichlar, abs.x109/l	0,52 $\pm$ 0,03	(I) 0,36 $\pm$ 0,02	0,41 $\pm$ 0,09
		(II) 0,37 $\pm$ 0,08	0,49 $\pm$ 0,05
		$z=0,14$; $p=0,89$	$z=0,74$; $p=0,46$
B-limfotsitlar (M-ROK), abs.x109/l	0,15 $\pm$ 0,03	(I) 0,11 $\pm$ 0,02	0,18 $\pm$ 0,03
		(II) 0,11 $\pm$ 0,05	0,12 $\pm$ 0,02
		$z=0,07^{\wedge}=0,93$	$z=2,42$; $p=0,016$
IgG, g/l	11,3 $\pm$ 0,6	(I) 12,4 $\pm$ 0,3	21,6 $\pm$ 1,1
		(II) 12,5 $\pm$ 0,8	8,4 $\pm$ 0,2
		$z=1,21$; $p=0,23$	$z=2,35$; $p=0,018$
Ig A, g/l	1,9 $\pm$ 0,07	(I) 2,3 $\pm$ 0,04	2,1 $\pm$ 0,04
		(II) 2,32 $\pm$ 0,05	0,9 $\pm$ 0,03
		$z=0,13$; $p=0,896$	$z=2,5$; $p=0,013$
Ig M, g/l	1,2 $\pm$ 0,03	(I) 0,9 $\pm$ 0,03	1,1 $\pm$ 0,03
		(II) 0,89 $\pm$ 0,02	0,7 $\pm$ 0,02
		$z=0,46$; $p=0,67$	$z=3,56$; $p=0,0037$
Neytrofillarning fagotsitar faolligi, %	60,2 $\pm$ 2,7	(I) 41,7 $\pm$ 2,56	69,9 $\pm$ 4,3
		(II) 41,9 $\pm$ 3,12	46,4 $\pm$ 2,7
		$z=0,09^{\wedge}=0,93$	$z=2,4$; $p=0,017$

Eslatma:(I) - asosiy guruh ($n=14$) (II) - taqqoslash guruhi ($n=22$)

I va II guruhlardagi T-bostiruvchilarning mutlaq sonining boshlang'ich darajasi me'yordan mos ravishda 1,44 va 1,4 marta past bo'lib, guruhlar o'rtasida amalda farq qilmadi ($z=0,14$; $p=0,89$). 14-kunga kelib I guruh bemorlarida T-supressorlar sonining o'sishi ahamiyatsiz edi va "12,2% ni tashkil etdi", II guruhda o'sish "+24,5%" ni tashkil etdi, bu bilvosita lezyon darajasini ko'rsatishi mumkin. va yiringli - septik asoratlarda destruktsiyaning rivojlanishi.

Immunitetning gumoral aloqasi parametrlarini tahlil qilish I va II guruhlardagi B-limfotsitlar (M-RC) mutlaq sonining boshlang'ich darajasining 1,36 martaga pasayishini aniqladi, ular orasida sezilarli farq yo'q ($z = 0,07$). $p=0,93$). Davolashning 14-kuniga kelib, I guruhda B-limfotsitlar (M-RC) mutlaq tarkibi darajasining 30,9% ga o'sishi qayd etilgan, II guruhda esa bu ko'rsatkichning o'sishi atigi 8,3% ga, peritonit bilan og'rigan bemorlarda etarli darajada differentsiatsiya, antigen taqdim qiluvchi hujayralarni faollashtirish va immun tizimining antikor hosil qiluvchi funksiyasini inhiye qilish tufayli.

I va II guruhlardagi bemorlarda IgG ning boshlang'ich darajasi normadan biroz oshdi - 8,9% va 9,6% ga, o'zaro sezilarli farqlarsiz ($z=1,21$; $p=0,23$). Davolanishning 14-kuniga kelib IgG darajasining tarkibi I guruhdagi bemorlarda 1,7 martaga oshdi ($p<0,05$); II guruhda ushbu ko'rsatkichning mazmuni 1,49 martaga yoki me'yorga nisbatan 1,35 martaga kamaygan.

Qiyosiy guruhlarda IgG darajasi tarkibidagi farq 2,4 baravardan ko'proq ($z=2,35$; $p=0,0018$) edi. Taqqoslangan guruhlardagi IgA va IgM darajalarining boshlang'ich tarkibi mos ravishda bir-biridan sezilarli darajada farq qilmadi ($p = 0,896$; $p = 0,64$). Shu bilan birga, IgA ning boshlang'ich darajasi taqqoslangan guruhlarda me'yordan

mos ravishda 1,21 va 1,22 marta oshib ketdi, bu, ehtimol, oshqozon-ichak shilliq qavatining antigen taqdim etuvchi B-limfotsit zonalarining faollashishi bilan bog'liq.

Davolashning 14-kuniga kelib, I guruh bemorlarida IgA darajasi deyarli normal holatga qaytdi, II guruhda esa normadan 2,1 baravar past bo'ldi ($z=2,5$; $p=0,013$). IgM darajasining boshlang'ich tarkibi solishtirilgan guruhlardagi bemorlarda 1,33 va 1,34 marta past bo'lgan ($p=0,64$). I guruh bemorlarida davolanish natijasida 14-kunga kelib IgM miqdori 1,55 baravar ko'paydi va normal qiymatlaridan bir oz oshib ketdi.

II guruhdagi bemorlarda IgM miqdori boshlang'ich darajaga 1,27 baravar kamayishi davom etdi, bu me'yordan 41,7% past bo'ldi. Davolanish natijalarini 14-kungacha tahlil qilganda IgM darajasi taqqoslangan guruhlarda 2 marta farq qilgan ($z=3,56$; $p=0,0037$).

Asosiy komponenti neytrofillarning fagotsitar faolligi darajasi bo'lgan immunitetning fagotsitar aloqasi bo'yicha, ikkala guruhdagi bemorlarda immunotsitlarning boshlang'ich faolligi bir xil ($z=0,09$; $p=0,93$) va me'yordan "-30,4%" va "-30,4%"ni tashkil etdi. Davolashning 14-kuniga kelib I guruhda neytrofillarning fagotsitar faolligi 1,68 martaga oshgan, II guruhdagi bemorlarda esa bu ko'rsatkich atigi 9,7% ga oshgan, bu esa "-22,9% ni tashkil etgan." uning normal qiymatlari.

Xulosa

1. Peritonitdagi TTBTET gipokoagulyatsiya, antibakterial, detoksifikatsiya va immunostimulyatsiya ta'siriga erishishga qaratilgan. Endolimfatik dori terapiyasiga deyarli hech qanday kontrendikatsiya yo'q.
2. Umumiy T-limfotsitlar va T-yordamchilarning mutlaq soni tarkibini oshirish; G, M immunoglobulinlari miqdorining ko'payishiga va immunotsitlarning fagotsitar aloqasini faollashishga erishish
3. Eritmalarning endolimfatik infuziyalari limfa tizimi orqali limfa tashishni va uning qonga kirishini tezlashtiradi, bu esa mikrosirkulyatsiya tizimining normallashtirishiga olib keladi.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Магомедов Мухума Магомедович, Магомедова З.А., Нурмагомедова П.М., Рабаданов Ш.Х., Магомедов М.А. Эндолимфатическая лекарственная терапия при распространенном перитоните, осложненном синдромом системной воспалительной реакции 2014 г. <https://cyberleninka.ru/article/n/endolimfaticeskaya-lekarstvennaya-terapiya-pri-rasprostranennom-peritonite-oslozhnennom-sindromom-sistemnoy-vospalitelnoy-reaktsii>.
2. Kinmonth J. Odamda limfangiografiya: operatsiya paytida limfa tomirlari usuli // Klin. fan. 1952 jild;11:13-20.
3. Malek P.Limfa tizimining patomorfologiyasi masalalari. Praga: Davlat. nashriyot uyi asal. lit., 1962;174b.
4. Zemskov, A.M. Klinik immunologiya: tibbiyot talabalari uchun darslik / A.M. Zemskov [men doktor]. // Ed. A.V. Karaulova. - M.: 1999. - 604 b.
5. Ievlev, V.A. Qorin bo'shlig'ining o'tkir jarrohlik kasalliklarini kompleks davolashda limfa usullari / V.A. Ievlev [i dr.]. // Volgograd tibbiyot akademiyasining axborotnomasi. - Volgograd, 1995. - Nashr. 1, T. 51. - b. 117-121.
6. Panchenkov, R.T. Limfostimulyatsiya / R.T. Panchenkov, I.V. Yarema, N.N. Silmanovich. - M.: Tibbiyot, 1986. - 240 b.
7. Panchenkov R.T., Vyrenkov Yu.E., Yarema I.V., Shcherbakova E.G. Endolimfatik antibiotik terapiyasi. M.: Tibbiyot, 1984 yil.
8. Loxvitskiy S.V., Klepatskiy V.G., Gulyaev D.E., Gaidukova G.P., Kivman G.Ya. Peritonitning endolimfatik terapiyasida kanamitsinning klinik farmakokinetikasi // Antibiotiklar va kimyoterapiya. 1992. V. 37, 4-son. S. 34-36.
9. Buyanov V.M., Rodoman G.V., Laberko L.A. Diffuz peritonitda endogen intoksikatsiyani baholashning zamonaviy usullari // I Moskva xalqaro jarrohlar kongressi. Hisobotlarning tezislari. M/, 1995 yil. Bilan. 16-17.
10. Yarema I.V. Kasalxona jarrohligi kafedrasida klinik limfologiyaning rivojlanishi // Klinik jarrohlikning dolzarb masalalari: Ilmiy maqolalar to'plami. M., 1993 yil.
11. Savelyev V.S., Gelfand B.R. Qorin bo'shlig'i jarrohligidagi infeksiya: hozirgi va kelajakdagi muammolar // Jarrohlik byulleteni. 1990. No 6. S. 37.
12. Ermolov A.S., Udovskiy E.E., Grigoryan A.R. Jarrohlik infeksiyasining endolimfatik antibiotik terapiyasida nospesifik gumoral immunitet holati. Xirurgiya. 1987 yil. № 1. S. 76-79.
13. Golbraikh V.A.. Qorin bo'shlig'i organlarining yiringli-yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashda endolimfatik terapiya. Abstrakt Dis. dok. asal. Fanlar. M., 1998. 34 b.
14. Yarema I.V., Urtaev B.M., Yarema V.I. Jarrohlik klinikasida limfa va uning tarkibiy qismlarini quyish // Jarroh. 2008. No 3. 11-bet-21.

Qabul qilingan sana 20.03.2024