

SH.A. YUSUPOV
A.M.SHAMSIYEV
J.A.SHAMSIYEV
D.R.XUDOYAROVA
E.S.DANIYAROV



**TARQALGAN APPENDIKULYAR
PERITONITNI QIZ BOLALARNING
REPRODUKTIV SALOMATLIGIGA TA'SIRI**

O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI

SH.A. YUSUPOV, A.M. SHAMSIYEV, J.A. SHAMSIYEV,
D.R. XUDOYAROVA, E.S. DANIYAROV



**TARQALGAN APPENDIKULAR PERITONITNI QIZ
BOLALARNING REPRODUKTIV SALOMATLIGIGA TA'SIRI**

Monografiya

Sam DTI
axborot-resurs markazi



Toshkent 2021

УДК 591.147.6

КБК: 56.1

A 15

Sh.A. Yusupov, A.M.Shamsiyev, J.A.Shamsiyev, D.R.Xudoyarova, E.S.Daniyarov.

Tarqalgan appendikulyar peritonitni qiz bolalarning reproduktiv salomatligiga ta'siri [Matn]: Monografiya / Sh.A. Yusupov, A.M.Shamsiyev, J.A.Shamsiyev, D.R.Xudoyarova, E.S.Daniyarov. - Samarqand: TIBBIYOT KO'ZGUSI, 2021. - 140 b.

Taqrizchilar:

B.Z.Abdusamatov - t.f.d., dosent; TTA 1-son Umumiy va bolalar xirurgiyasi kafedrası dosenti

N.I.Zokirova - professor; Samarqand davlat tibbiyot instituti 1-son akusherlik va ginekologiya kafedrası professori.

Monografiyada Samarqand davlat tibbiyot instituti 1-son bolalar xirurgiyasi va 1-son akusherlik va ginekologiya kafedralari jamoalarining qizlarda tarqalgan appendikulyar peritonitni xirurgik davolash usulini tanlash, kasallik klinikasi, diagnostikasi, davolash taktikasi masalalariga bag'ishlangan adabiyotlar haqida ma'lumotlari va uzoq yillik tadqiqotlari umumlashtirilgan. O'z navbatida, qizlarda uchraydigan appendikulyar peritonitning turli holatlarda rivojlanishi va kechishi jarayonida diagnostik qidiruvning bosqichlari va usullariga ta'rif berib o'tilgan. Bundan tashqari, tarqalgan appendikulyar peritonitdan keyingi uzoq davrda reproduktiv salomatlikni baholash ham berilgan.

Monografiya bolalar xirurglari, akusher-ginekologlari umumiy amaliyot shifokorlari, magistratura rezidentlari va tibbiyot institutlari talabalari uchun mo'ljallangan.

ISBN 978-9943-7385-0-8

© SH.A. YUSUPOV, A.M. SHAMSIYEV, J.A. SHAMSIYEV,
D.R. XUDOYAROVA, E.S. DANİYAROV. 2021-y.

© TIBBIYOT KO'ZGUSI, 2021-y.

MUNDARIJA

SHARTLI QISQARTMALAR RO'YXATI	5
KIRISH	6
1-BOB. BOLALARDA APPENDIKULAR PERITONITNING ETIOLOGIYASI, PATOGENEZI, TASNIFI VA ASORATLARI	8
Bolalarda appendikulyar peritonitning etiologiyasi, patogenezi, tasnifi va asoratlari	8
Bolalarda tarqalgan appendikulyar peritonitning asoratlari	15
II BOB. OZONNING DIFFUZ YIRINGLI PERITONITGA HAMDA TAJRIBADA BITISHMA HOSIL BO'LISHIDAGI TA'SIRI VA KLINIKASI	19
Tarqalgan appendikulyar peritonitni kompleks davolashda ozon terapiya	19
Nazorat guruhidagi hayvonlarning o'lim vaqti	24
Eksperimental hayvonlarni o'rganish muddati	25
Tadqiqotning turli muddatlarida hayvonlardagi yopishqoqlikning ko'rsatkich darajasi	25
Eksperimental peritonit va ozonoterapiya ta'sirida peritonit va ingichka ichakning morfologik xususiyatlari	26
III BOB. QIZLARDA TARQALGAN APPENDIKULAR PERITONITNI JARROHLIK MUOLAJASINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI	39
Qizlarda uchraydigan tarqalgan appendikulyar peritonitni jarrohlik yo'li bilan davolash.	39
Klinik materiallarning xususiyatlari	42
Kasallikning boshlanishiga qarab TAP bilan og'rigan bemorlarning taqsimlanishi	44
Tarqalgan appendikulyar peritonitli qizlarni operatsiyaga tayyorlash	45
Klinik va laboratoriya nazorati	50
TAP bilan kasallangan qizlarni jarrohlik va intraoperativ intensiv yo'l bilan davolash	51
TAP bilan kasallangan qizlarda jarrohlik kirish yo'lini tanlash	53
TAP bilan og'rigan qizlarda appendektomiya usullari va qorin bo'shlig'ining sanatsiya xususiyatlari	55

Monografiya

TAP, n=104 bo'lgan holalarda ishlatiladigan appendektomiya usullari	55
TAP bilan kasallangan qizlarda oshqozon-ichak trakti dekompressiyasiga yondashuvlar	57
Asoratli ichak falaji bo'lgan TAP bemorlarida uzoq muddatli ichak dekompressiyasi usullari	59
Qizlarda tarqalgan appendikulyar peritonitning operatsiyadan keyingi davrida konservativ davosi	64
Qizlarda TAP holatida jarrohlik aralashuvining yakuniy bosqichining xususiyatlari	66
IV BOB. BOLALIK DAVRIDA PERITONITNI BOSHIDAN O'TKIZGAN AYOLLARNING REPRODUKTIV SALOMATLIGINI XUSUSIYATLARI	70
Ayollarda reproduktiv faoliyat buzilishining sabablari	70
Bolalarda TAP jarrohlik davolashdan keyin bemorlarda uzoq muddatli asoratlari	78
Bolalikda TAPni boshidan kechirgan odamlarda chandiqli kasallikning rivojlanish chastotasi	80
Tarqalgan appendikulyar peritonitga chalingan bemorlarning reproduktiv salomatligini kimlar o'rganadi?	83
Menstrual funksiya	85
Tekshiruvda menarxaning boshlanish vaqti	86
Gormonal va kolpositologik tadqiqotlar ma'lumotlari	88
Tekshirilayotgan qonda tuxumdon gormonlarining ko'rsatkichlari	90
Ultratovush tadqiqot	96
Gisterosalpingografiya	100
XULOSA	103
АДАБИЁТЛАР	105

SHARTLI QISQARTMALAR RO'YXATI

AB	- qon bosimi
AiQ	- antiinfeksion qarshilik
AOT	- antioksidant tizimi
FQTVT	- faol qisman tromboplastin vaqtini tiklash
DS	- dinamik sonografiya
KAH	- kislota-asosli holat
ILI	- intoksikatsiyaning leykotsitar indeksi.
MDA	- malonli dialdigit
O'OM	- o'rtacha og'irlik molekulasi
O'CIT	- o'tkir bitishmali ichak tutilishi
AyQH	- aylanma qon hajmi.
PIT	- paralitik ichak tutilishi
KAP	- tarqalgan appendikulyar peritonit
SEM	- skanerli electron mikroskopiya
UXP	- umumiy xo'ppozlangan peritonit
UVA	- umumiy intravenoz anesteziya
EUM	- elektron uzatish mikroskopi
UTS	- ultratovush sonografiya
Yu.Q.CH.	- yurak muskulli qisqarishi chastotasi
FMG	- folikulani me'yorlovchi gormon
LG	- lyutenlovchi gormon
IchT	- ichak bitishmali tutilishi

Monografiya

KIRISH

Bolalar jarrohi shifokorining mahorati nafaqat yetarli amaliy tajriba, balki asosiy tibbiyot fanlarining asosiy qoidalarini chuqur tushunish bilan ham belgilanadi. Shifokorning san'ati har bir bemorning o'ziga xos kasallikning o'ziga xos belgilarini emas, balki har bir alomatni alohida-alohida va butun kasallikning yo'nalishini belgilovchi patofiziologik mexanizmlarni ham ko'rish qobiliyatidir. Aynan shunday yondashuv shifokorga ko'p miqdorda dori-darmon va davolash usulini hamda optimal vositalarni tanlashga va davolashning individuallashtirilgan dasturini shakllantirishga imkon yaratadi.

Qizlarda appendikulyar peritonit, ayniqsa uning umumiy shakllari, deyarli har doim ikkinchi darajali salpingooforitning rivojlanishiga olib keladi. Bachadon o'simtalarining yallig'lanishi o'z-o'zidan kiruvchi qoldiq hosilalarga olib keladi va travmatik laparotomiyadan foydalanish, uzoq muddatli drenajlash, laparostomiya ularni sezilarli darajada kuchaytiradi. Bachadon o'simtalar yallig'lanishi o'zi istalmagan qoldiq hodisalarga olib keladi va travmatik laparotomiyadan foydalanish, uzoq drenaj, laparostomiya chastotali ektopik homiladorlik, ikkilamchi polikistos va retension tuxumdon kistalar rivojlanishi, shuningdek, birlamchi naychali-peritonal hepustlikka olib keladi, bu alohida mualliflar tomonidan taqdim etilgan bo'lib, ushbu toifadagi bemorlarda 10-57% hisoblanadi. Qorin bo'shlig'idagi operatsiyadan keyin rivojlanayotgan bitishmali kasallik kabi kasallikning dahshatli asoratini esdan chiqarmaslik kerak emas. Shunday qilib, turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra laparotomiyadan keyin qorin bo'shlig'ining bitishmalilik darajasi 42-97,8%-ni tashkil etadi, appendikulyar peritonitga chalingan bemorlarning 19,9% da esa qorin bo'shlig'i chandig'i kuzatiladi.

Ammo, hozirgi kungacha maxsus adabiyotlarda tarqalgan appendikulyar peritonitni kompleks jarrohlik bilan davolashga ahamiyat berilmagan, uning muhim elementlaridan biri bu kichkina tos suyagidagi yopishqoqlikning oldini olish va qizlarda kichik tos suyagi jinsiy organlariga salbiy ta'sirini kamaytirishdir.

Sh.A. Yusupov, A.M. Shamsiyev, J.A. Shamsiyev, D.R. Xudoyarova, E.S. Daniyarov

Ushbu monografiya o'quvchiga tarqalgan appendikulyar peritonit bilan kasallangan qizlarni tashxislash sifati va jarrohlik davolash natijalari, shu jumladan uning reproduktiv salomatligiga ta'siri to'g'risida bilim olish imkoniyatini beradi.

Monografiya appendikulyar peritonit bilan shug'ullanadigan har qanday shifokor tomonidan qo'llanma sifatida ishlatilishi mumkin. Ushbu nashr nafaqat bolalar jarrohlari, umumiy amaliyot shifokorlari, bolalar ginekologlari, tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari va aspirantura tizimida tahsil olayotgan talabalar, balki malaka oshirish kurslari tinglovchilarida ham qiziqish uyg'otadi.

**BOLALARDA APPENDIKULAR PERITONITNING ETIOLOGIYASI,
PATOGENEZI, TASNIFI VA ASORATLARI**

*Bolalarda appendikulyar peritonitning etiologiyasi, patogenezi,
tasnifi va asoratlari*

Tarqalgan appendikulyar peritonit (TAP) bolalik davrida o'tkir appenditsit tez-tez va eng jiddiy asoratlari, bu kasallikning barcha ko'rinishlarida 8-10% ida va bolalarda hayotining birinchi 3 yilida katta yoshdagiga nisbatan 4-5 marta ko'proq uchraydi [1, 50, 91, 256, 273, 311]. So'nggi yillarda kasallikning dastlabki bosqichlarida kasalxonaga yotqizilgan bolalar orasida o'lim darajasini kamaytirish mumkin edi, ammo beparvolik natijasida o'lim darajasi yuqoridir [3, 5, 11, 189, 269, 333]. Bu chalg'ituvchi klinik ko'rinish tufayli o'tkir appenditsitning kech tashxisi bilan, umumiy simptomlarning mahalliy miqyosda tarqalishi, birlamchi tibbiy yordam ko'rsatadigan shifokorlar tajribasining yetarli emasligi, appenditsitning namoyon bo'lishini yashiradigan, ammo qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayonining rivojlanishiga to'sqinlik qilmaydigan antibiotiklarning keng retsepti bilan izohlanadi. [20, 64, 110, 111, 190, 192, 279]

Meditinada peritonit holati bo'yicha ko'plab fundamental klinik-tadqiqot ishlari olib borilishiga qaramasdan, uning mavjud bo'lish darajasini aniqlash muammoligicha qolmoqda. [110, 163, 236, 320]. Ko'pgina holatlarda va tadqiqot ishlarida tarqalgan peritonitni tadqiq etuvchi va uni aniqlash jarayonida yo'l qo'yilgan xatoliklarni murakkab patofiziologik jarayonlarga bog'liqligini ko'rish mumkin. [1, 147, 285, 317]

Bolalarda appendikulyar peritonitning etiologiyasi, patogenezi tasnifi

Yoyilgan peritonitning patogenezi bir qator organlar sistemasi va organlarning [83, 240] funksional va morfologik o'zgarishining murakkab zanjiridir. Bola tanasining anatomik va fiziologik xususiyatlari appendikulyar peritonit [319, 325] davomida muayyan rol o'ynaydi. Bola qancha kichik bo'lsa, yiringli jarayon peritoneal sohada shuncha tezroq [318, 328] tarqaladi. Bunga qorin pardasining elastikligining pastligi hamda katta yog' qatlamining hali to'liq rivojlanmaganligi turtki bo'ladi.

Intoksikatsiya va metabolik kasalliklar tezroq o'sib boradi, organizmning ko'p reaksiyalari himoyadan ko'ra patologiyaga o'tib ketadi [31, 38, 82, 187, 191].

Peritonitning yuzaga kelishida asosiy omillar:

patogen mikroflora ;

intoksikatsiya;

gipovolemiya;

kuchli moddalar almashinuvining buzilishi.

Peritonitning patogenezida asosiy rol mikroblar omil va organizmning immunoreaktivligi holatiga tegishli [44, 92, 94]. O'zgarishlarning tabiati va og'irligi mikroblar ta'sirining ko'pligiga, patologik jarayonning tarqalishi va davomiyligiga bog'liq [28, 61, 73, 105, 241].

Peritonitning rivojlanishiga turli mikroorganizmlar sabab bo'ladi. Ular *E. coli*, aeroblar (enterokokklar) va anaeroblar (peptokokklar) streptokokklar, stafilokokklar, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus*, *Bacteroides*, *Klebsiella* va *Clostridium* turlarining vakillari, shuningdek gonokokklar, pnevmokokklar, mikobakterium va boshqalar bo'lishi mumkin [209, 245, 270]. Ayniqsa, ko'pgina hollarda peritonitning qo'zg'atuvchi agenti *E. coli*. 30% dan ortiq hollarda 2-33 patogenlari assotsiatsiyasi mavjud [25, 32, 193, 295]. Bular orasida ko'p uchraydigan anaerob neklostridial floralar orqali chaqirilgan peritonitdir. Qorin bo'shlig'iga tushadigan qon, xiliz shirasi, o't suyuqligi, oshqozon osti bezi shirasi, siydik qorin bo'shlig'iga tushgandan so'ng, aseptik toksik-kimyoviy peritonit yuzaga keladi. Qoida bo'yicha aseptik peritonit mikroorganizmlarning ichakdan qorin bo'shlig'iga tushishidan 4-6 soat o'tib bakterial tusga kiradi, [2, 33, 64].

Intoksikatsiyani yuzaga keltiruvchi navbatdagi patogenez bo'g'in gemostazning chuqur buzilishi bo'lib, bu, o'z navbatida, hayot uchun zarur funksiyalar va gemodinamikaning buzilishiga olib keladi [18, 77, 145].

Gemodinamikaning buzilishi qon oqimidan qorin bo'shlig'iga suyuqlikning katta miqdorda tarqalishi, qusish bilan suyuqlikning yo'qotilishi, qon tomirlarda qonni qayta taqsimlanishi va venoz kapillyarlar darajasida intravaskulyar sekvestratsiyasi bilan izohlanadi. TAP uchun mikrosirkulatsiya kanalidagi o'zgarishlar fazali xususiyatga ega. Kasallikning dastlabki soatlarida patogen omillarning ta'siriga javoban arteriolalarning kengayishi va prekapillyar sfinkterlarning

Monografiya

ochilishi, ishlaydigan kapillyarlar sonining ko'payishi va kapillyarlar bo'ylab qon oqimining tezlashishi sodir bo'ladi [122, 210, 269].

Operatsiyalardan keyin yuzaga keladigan peritonitlar juda ko'p holatlarda g'ovak organlarda chidamsiz anastamoz chok qo'yilishi oqibatida kelib chiqadi, masalan, oshqozon, ichak, o't pufagi, siydik yo'llarida, ayrim holatlarda esa germetik choklar natijasida qorin bo'shlig'ida ifloslangan muhitning paydo bo'lishi, charvi qatlamining katta sohasiga ligaturalar qo'yilishi va keyinchalik qorin pardada distal ligaturalarning nekroz to'qimalarga aylanishi ham sabab bo'ladi [68]. Peritonitning paydo bo'lishi va ayniqsa rivojlanishi qorin bo'shlig'iga qon kirishiga yordam beradi, bu parchalanish mahsulotlari bakteriyalarning zaharlanishini oshiradi va organizmning himoya funksiyalarini sezilarli darajada buzadi [23, 207, 208, 260].

Bolalarda o'tkir appenditsit qorin bo'shlig'i organlarining eng keng tarqalgan va o'ta jiddiy jarrohlik kasalligi bo'lib, shoshilinch jarrohlik choralarini talab qiladi. Biroq, kattalarnikidan farqli o'laroq, bolalikda appenditsit tashxisi anatomik, fiziologik va yoshga bog'liq ruhiy-asab xususiyatlarga bog'liq bo'lgan bir qator qiyinchiliklarga ega. [96, 141, 248, 263, 306].

Peritonit - qorin bo'shlig'ining turli kasalliklari va shikastlanishining eng og'ir asoratlaridan biri bo'lib, visseral va parietal peritonning yallig'lanishi tana kasalligining og'ir umumiy belgilari bilan birga keladi va qisqa vaqt ichida hayotiy organlar va tizimlarning jiddiy zararlanishiga olib keladi.

Peritonit hozirda jarrohlik sohasi bemorlarida o'limning asosiy sababchisi bo'lib qolmoqda [24, 115, 294].

Zamonaviy meditsinada peritonit oqibatida o'limni faqatgina jiddiy yurak shikastlanishi va katta qon tomirlari eng murakkab jarrohlik aralashuvlaridan so'ng o'lim bilan taqqoslanishi mumkin. So'nggi yillarda kattalarda tarqalgan appendikulyar peritonitlarda o'lim darajasi kamaymagan va bu ko'rsatich 20-90% o'zgarib turadi [98, 114, 164].

Peritonitni klassifikatsiyalash bo'yicha olib borilgan munozarada, jarayonning tarqalishi haqida yagona tizimlashtirishni yaratishga urinishda eng katta kelishmovchilik va qiyinchiliklar paydo bo'ldi. Xuddi shunaqa noaniq prognozlar sababli operatsiya jarayonida xirurglar qorin bo'shlig'ining zararlanish darajasini taxmin qilib ish boshlaydilar. Ba'zi mualliflar diffuz va tarqalgan peritonit

tushunchasini qo'llasalar, ayrimlari umumiy va tarqoq, erkin, diffuz tarqalgan peritonit atamalarini qo'llaydilar, shundan kelib chiqib yoyilgan, erkin, diffuz, tarqalgan peritonitlar aniqlangan [133].

Peritonitni radikal jarrohlik bilan davolash bo'yicha dastlabki urinishlardan boshlab, ushbu kasallikning tasnifi ko'plab o'zgarishlar, qo'shimchalar va tuzatishlarga duch keldi [216]. O'tgan asrda jarrohlar tomonidan kasallikning patogenetik yo'nalishlarini o'z ichiga olgan yagona, maqbul klinik foydalanish va tasniflashni yaratishga urinishlar amalga oshirilgan. Shunday qilib, 1886-yilda fon Mikulich-Radetski kasallikning quyidagi shakllarini aniqladi:

septik ;

yiringli;

progressiv

fibrinoz-yiringli;

mahalliy (cheklangan)

Xuddi shu davrda A.D.Pavlovskiy (1887) qorin bo'shlig'ining ekssudatiga qarab peritonitni ajratdi:

quruq peritonit;

seroz-qonli;

seroz-yiringli-fibrinoz;

faqat yiringli peritonit;

peritonitning o'tish shakllari .

XX asrning boshlarida peritonitni uning oqimining tarqalishi va og'irlik darajasiga qarab ajratishga urinishlar bo'lgan. 1906-yilda Sprengel barcha peritonitlarni "mahalliy", har qanday anatomik maydon bilan cheklangan va "erkin" peritonitga ajratdi. Birozdan keyin I.I.Grekov (1912) peritonitning yallig'lanish shakllarini ajratish bilan birga, birinchi marta peritonitning tasnifiga kasallikning bosqichi tushunchasini kiritdi. Yiringli peritonit davomida u erta (1-2 kun kasallik), kech (3-5 kun) va yakuniy (6-21 kun) bosqichini ajratdi. O'z vaqtida I.I.Grekovning tasnifi amaliy foydalanish uchun eng to'liq va maqbul tanlov bo'lgan. Ko'p yillar davomida u ko'pchilik jarrohlar tomonidan amalda qo'llanilgan. Kasallikning boshlanishi bilan chambarchas bog'liq bo'lgan peritonitni xarakteriga, tarqalishiga va uning rivojlanish bosqichiga qarab tasniflash istagi shu kungacha saqlanib kelmoqda [278].

Bugungi kunda qorin ekssudatining xarakteri bo'yicha peritonit quyidagilarga bo'linadi [226]:

seroz;
seroz-fibrinoz;
fibrinoz yiringli;
yiringli;
xillyoz;
o't suyuqligi bilan;
najas bilan.

Qaysidir bir darajada bu bo'linish jarrohlik paytida qorin bo'shlig'ini sanatsiya qilish va drenajlash usulini, shuningdek, bakteriologik tekshiruv ma'lumotlarini olishdan oldin erta operatsiyadan keyingi davrda antibakterial terapiyaning massivligini tanlashni belgilaydi [104, 195, 201].

Peritonitning zamonaviy tasnifidagi asosiy mezonlardan biri uning tarqalishi hisoblanadi, chunki kasallikning to'g'ri terapevtik taktikasi va natijasi bu omilga bog'liq. Klinik foydalanish uchun eng to'liq va juda mos keladigan tasnifi mualliflar V.D.Fyodorov va V.S.Mayata (1970-1973) tasnifi hisoblaadi, unga ko'ra peritonitning tarqalishi quyidagilarga bo'linadi:

mahalliy;
cheklangan (yallig'lanishli infiltrat, xo'ppoz);
cheksiz (hech qanday cheklovlar yo'q, jarayon qorin bo'shlig'ining anatomik cho'ntaklaridan birida joylashgan);
umumiy;
diffuz (qorin bo'shlig'i sezilarli darajada ta'sirlanadi, ammo bu jarayon qorin bo'shlig'ining ikki qavatidan kamroqdir);
to'kilgan (qorin bo'shlig'ining ikki qavatidan ko'prog'i ta'sirlanadi);
umumiy (organlar va qorin bo'shlig'i devorlarining barcha seroz qoplamasining umumiy zararlanishi bilan izohlanadi).

Biroq, ushbu tasnifning bir nechta noqulayligi darhol seziladi. Peritonitning mahalliy va tarqalgan peritonitlarga bo'linishi e'tirozga olib kelmaydi. Mahalliy peritonitning cheklangan va cheksiz turlarga bo'linishi ham tushunarli bo'lishi mumkin, chunki bu shakllarga qarab kasallikni davolashdagi yondashuvlar o'zgarishi mumkin.

B.D.Savchuk qorin bo'shlig'ini 9 ta maydonga ajratadi va mahalliy peritonitni ikki maydon, tarqalgan peritonitni esa beshdan ortiq bo'lmagan maydon deb hisoblashni taklif qiladi. Peritoneal

zararlanishning miqdoriy bahosi keng ko'lamli koordinatali sxemani tuzish yo'li bilan tavsiflanadi [199].

Organizmning patogen agent bilan to'qnashuvga bo'lgan munosabatini tavsiflovchi va davolash taktikasiga sezilarli ta'sir ko'rsatadigan peritonit tasnifidagi yana bir muhim mezon bu uning yo'nalishini bosqichma-bosqich o'zgartirishdir [309].

Bugungi kunga kelib, mahalliy olimlarning aksariyati, K.S.Simonyanning nuqtayi nazarini qo'llab-quvvatlab, keng tarqalgan peritonit davomida ketma-ket o'zgaruvchan uchta bosqichni ajratib, ularni aniq vaqtinchalik xususiyatlar bilan to'ldiradi [206]: reaktiv (neyroreflektor) faza peritonitning boshlanishidan 24 soatgacha bo'lgan vaqtda; toksik (monoorgan yetishmovchilik bosqichi 24-soatdan 48 soatgacha; terminal (poliorgan yetishmovchilik fazasi 48 soatdan ortiq davom etadi.

Peritonitning reaktiv bosqichida organizmning giperergik reaksiyasi bilan favqulodda stimulg qarshi himoya mexanizmlari yaxshi ifodalangan. Shu bilan birga, seroz yoki seroz-fibrin efuzion hosil qilish uchun neyro-qon tomir reaksiyalari ustunlik qiladi [136, 247, 303]. Qorin bo'shlig'idagi jarayonning davom etishi, tananing himoya mexanizmlarining yetishmasligi va malakali tibbiy yordamning yo'qligi, peritonitning toksik bosqichi sodir bo'ladi. Toksik o'zgarishlar metabolik jarayonlarning buzilishi, metabolik asidozning kuchayishi va hayotiy organ va tizimlarning faoliyati, xususan, ichakning funksional yetishmovchiligi bilan ajralib turadigan zaharlanish belgilari oshishi bilan tavsiflanadi. Peritonitning toksik fazasining mantiqiy xulosasi yetarli davolash bo'lmasa, uning terminal fazaga o'tishi boshlanadi. Terminal faza bosqichi barcha patofiziologik va klinik ko'rinishlari bilan peritoneal sepsisning rivojlanishi sifatida qisqacha tavsiflanishi mumkin bo'lgan poliorgan yetishmovchilikning rivojlanishiga xosdir [14, 20, 202, 305].

Keyinchalik bir qator mualliflar tomonidan K.S.Simonyanning tasnifiga ba'zi qo'shimchalar va tushuntirishlar kiritildi. Shunday qilib, V.K.Gostishchev bilan birgalikda [1992] bir qancha mualliflar tarqaluvchan peritonitni 4 bosqichga ajratdilar:

bosqichi (birinchi 6-8 soat) anastomozlarni nisbatan xavfsiz qo'llash imkoniyati bilan ajralib turadi;

2-bosqich (8-24 soat) xayoliy farovonlik bosqichi, og'riq sindromining pasayishi, mastlik belgilarining oshishi;

Monografiya

3-bosqich (24-48 soat) endotoksik shok va poliorgan yetishmovchilik rivojlanish bosqichi;

4-bosqich (48-96 soat) progressiv poliorganik yetishmovchilik bosqichi;

4 a bosqich (48-72 soat) poliorgan yetishmovchiligi uchun kompensatsiya;

4 b bosqich (72-96 soat) poliorgan yetishmovchilikni dekompensatsiyalash.

Peritonitni eksudat mikroflorasiga, uning xarakteriga, kasallikning boshlanishidan o'tgan vaqtga, tananing himoya qilish holatiga qarab ajratadigan tasniflar taklif etiladi. Eng keng tarqalgani bu jarayonning bosqichlariga va peritoneal lezyonlarning keng tarqalishiga, ichak parezining og'irligiga qarab peritonitni ajratish prinsipidir. Odatda peritonitning uch bosqichini reaktiv, toksik va terminal ko'rinishini ajratish qabul qilingan, bu klinik ko'rinishlarning og'irligini aks ettiradi [172, 297].

Y.F.Isakov va boshqalarning nuqtayi nazaridan peritonitni lokal va diffuzga bo'lishini oqilona deb hisoblash kerak. Mahalliy peritonit, o'z navbatida, cheklangan va cheksiz tasniflarga bo'linadi. Ikkinchisi tabiiy tarqalish yo'li bo'ylab qo'shni hududga eksudatning oqishi mumkin bo'lgan ta'sirlangan hududdagi (o'ng lateral kanal va appenditsit bilan tos bo'shlig'i) yallig'lanish o'zgarishlari bilan tavsiflanadi. Diffuz peritonit bilan qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish o'zgarishlar tabiiy tarqalish yo'li bo'ylab emas, balki markazdan tashqariga chiqadi [102]. Bolalarda, ayniqsa yosh bolalarda keng laparotomiya kamdan kam qo'llaniladi, shuning uchun qorin bo'shlig'i lezyonlari tarqalishini aniq belgilash deyarli mumkin emas, baholashning xilma-xilligi lezyonni o'zboshimchalik bilan izohlashga imkon beradi [33, 297].

Yallig'lanish jarayonining o'ng lateral kanaldan tashqariga chiqishi deyarli diffuz peritonit deb qaralishi kerak. Shuni yodda tutish kerakki, peritonit dinamik jarayon bo'lib, uning ko'rinishini oqilona ko'rinadigan terapevtik taktika bilan bilish har doim ham mumkin emas. Bu, ayniqsa, yosh guruhdagi bolalar uchun to'g'ri keladi. Klinik nuqtayi nazardan, peritonitning fazalari quyidagi xususiyatlar bilan tavsiflanadi [246]:

reaktiv (birinchi 24 soat). Kasallikning mahalliy ko'rinishi: og'riq sindromi, mushaklarning sezilarli kuchayishi, qusish, bezovtalik, taxikardiya, isitma, qon formulasida toksik o'zgarish;

zaharli (24-72 soat). Intoksikatsiyaning ustunligi: rang oqarishi, oyoq teri usti qatlamining marmar tus olishi, yuzdagi og'riq belgilari, uyqusizlik, adinamiya, taxikardiya, gipotenziya, yuqori harorat. Mahalliy alomatlar kamroq aniqlanadi, og'riqlar pasayadi, ayniqsa yosh bolalarda ichaklar kengayishi kuzatiladi;

terminal (72 soatdan ortiq). Hayotiy organlarning disfunktsiyasini yuzaga keltiruvchi og'ir turdagi intoksikatsiya (gemodinamikaning buzilishi, nafas olish, peristaltikaning to'liq falaji), septik shokning ko'rinishi bilan birga og'ir zaharlanish kuzatiladi.

S.Y.Doletskiy tomonidan taklif qilingan tasnifda, kasallikning davomiyligini, umumiy holatini, gomeostaz bezovtalanishining og'irligini, operatsion natijalarni hisobga olgan holda peritonitning uch bosqichini sanaydi (appenditsit shakli, peritonit o'zgarishlar, ich ketishi va ichak parezining og'irligi) [69].

Peritonit kasalligi bosqichi markaziy gemodinamika, mikrosirkulatsiya, immunologik reaktivlik o'zgarishlarini tasdiqlaydi [46, 146, 287]. Ba'zi muallif-larning fikriga ko'ra, peritonitni oqim fazasiga ko'ra reaktiv, toksik (monoorgan yetishmovchiligi) va terminal (poliorgan yetishmovchiligi) fazalari chiqarilishi bemorning organizmidagi barcha patofiziologik va metabolik o'zgarishlarni aks ettiradi hamda kasallikning xarakteri va tarqalishi bilan birga muayyan davolash usullarini tanlash uchun asos bo'lib xizmat qilishi mumkin [182, 315].

Shunday qilib, peritonitning kelib chiqish sababi, tarqalishi va fazasini hisobga olgan asosiy mezonlarga asoslanib, uning zamonaviy tasnifi amaliy jarrohlik va ilmiy tahlil uchun maqbuldir va tegishli davolash usullarini tanlashga imkon beradi.

Bolalarda tarqalgan appendikulyar peritonitning asoratlari

Hozirgi vaqtda peritonit jiddiy jarrohlik muammosidir. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, ushbu kasallikdagi o'lim 5 dan 50% gacha [17, 158], tarqalgan appendikulyar peritonitda esa 70% gacha [179, 300]. Peritonitda asoratlar va o'limning bunday yuqori foizini ko'plab mualliflar ushbu kasallikka chalingan turli xil patogenetik mexanizmlarning natijasi sifatida ko'rishadi, ularning aksariyati shu kungacha yetarli darajada o'rganilmagan [162, 234, 238]. Vaqt o'tishi

Monografiya

bilan peritonitning yetakchi mexanizmlari haqidagi xulosalar ma'lum bir o'zgarishlarga olib keldi. Hozirgi vaqtda peritonit muammosi yallig'lanish muammosi sifatida tobora ko'proq kelib chiqmoqda [28, 19, 139, 188].

Anaerobik peritonitga anaerobik klostridial bo'lmagan mikroflora yoki aerob-anaerob mikroorganizmlari sabab bo'ladi. Bu vaqtda qorin bo'shlig'ida o'tkir hidli ekssudat seroz jigarrang rangi aniqlanadi, visseral va parietal peritonitda ko'p miqdorda fibrinoz qoplamalar, ko'pincha kulrang-qora ranglar mavjud bo'ladi. Qorin devorining keng flegmonasi, qorin bo'shlig'ining ko'p kamerali xo'ppozlari shaklida og'ir asoratlarning rivojlanishi bilan tavsiflanadi [21, 218].

Ichakni og'iz yoki burun orqali ingichka ichakka dekompressiyalash uchun bir nechta teshiklari bo'lgan uzun ikki tomonlama probka yuborish orqali amalga oshiriladi. Suyuqlik va gazlar ichakdan zond orqali aspiratsiya qilinadi, ichaklar navbati bilan yuviladi, enterosorbentlar va antibakterial moddalar kiritiladi. Yo'g'on ichakni ichida mavjud mahsulotlardan tozalash uchun to'g'ri ichak orqali zond qo'yishda tarkibida eng yuqori konsentratsiyali mikroorganizmlar mavjud zond qo'yish tavsiya etiladi. Agar probkani ichakka o'tkazish imkoni bo'lmasa, ayrim jarrohlik muassasalarida ileostomiya qo'llaniladi. Peritonitda ichakni bo'shatish uchun ileostomiya yoki enterotomiyaning bajarilishi qo'llanilmaganma'qul, chunki bu muolaja ko'pincha xavfli asoratlarni keltirib chiqaradi. Operatsiya boshida yoki oxirida ingichka ichak tutqichi ildiziga ichak parezining oldini olish uchun novokain 100 120 ml 0,25% eritmasi yuboriladi. Qorin bo'shlig'ini keng tarqalgan yiringli yoki chirigan peritonit bilan drenajlash uchun drenajlar tos bo'shlig'iga (o'ng va chap), diafragma (har ikki tomonda) va jigar ostida kiritiladi. Barcha drenajlar old devorining chizig'i bo'ylab qorin devorining alohida teshiklari orqali chiqariladi, drenaj orqali barcha mavjud suyuqlik va ekssudat chiqqanligiga ishonch hosil qilish uchun qorin bo'shlig'iga jarrohlik stolda 1 2 l maxsus eritma jo'natiladi [219].

Maxsus eritmalar orqali yuvishga qaramay, qorin bo'shlig'ida erkin qorin bo'shlig'idan drenajni cheklovchi, uning barcha qismlarini yuvishga to'sqinlik qiluvchi bo'sh yopishqoqliklar paydo bo'ladi [17, 102, 184, 194]. Yuvishni davom ettirish maqsadga muvofiq emas. Oqim va fraksion yuvishning kamchiliklari ichak devorlarining

Sh.A. Yusupov, A.M. Shamsiyev, J.A. Shamsiyev, D.R. Xudoyarova, E.S. Daniyarov

yopishqoqligi va hosil bo'lgan bo'shliqda ekssudatning ajratilishi ichaklararo, subdiafragmal va tos xo'ppozlarining shakllanishi (20% gacha) yuqori chastotada bo'lishiga olib keladi. Maxsus eritmalar orqali yuvilmasdan amalga oshirilgan drenajlarda tez-tez absseklar yuzaga kelishi ko'p uchraydi [22, 215, 220, 221, 348].

Hozirgi vaqtda tarqalgan yiringli peritonitni davolash uchun dasturlashtirilgan, ya'ni qorin bo'shlig'ining oldindan rejalashtirilgan, yuvilishi (qayta ko'rib chiqilishi va qayta tiklanishi) muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Bunday holda, operatsiyadan so'ng qorin devori yarasining qirralari faqat maxsus moslamalarda choklar bilan birlashtiriladi xolos. Ba'zan to'g'ridan to'g'ri qorin mushaklarining aponevrozining qirralariga "fermuar" yoki neylon to'r tikiladi, tezda to'qimalarga qo'shimcha shikast yetkazmasdan, oldingi qorin devorining yarasini qayta ko'rib chiqish va qayta tiklash bilan ochish va yopish mumkin. To'liq yopilgan jarohat teshigi (laparostoma) orqali qorin bo'shlig'idan ekssudat chiqishi sodir bo'ladi. 24 48 soatdan keyin esa bemorning umumiy holatiga qarab, qorin bo'shlig'ini qayta tekshirib, operatsiya vaqtida bo'lgani kabi yuviladi. Yiringli peritonitning rivojlangan shakllari bo'lgan bemorlarda o'rtacha 3 4 bosqichli yuvish jarayoni talab qilinadi. Qorin bo'shlig'i toza bo'lganda va ekssudat shaffof bo'lganda takroriy tekshiruvlar to'xtatiladi. Bu usul davolashni ancha yaxshilash, absseklar shakllanishini oldini olish, mavjud tirik infeksiyani yanada tubdan yengish imkonini beradi [21, 93, 321].

A.D.Magomedov va boshqalar 69 nafar bemorda qorin bo'shlig'ining asoratlari kuzatilgan, bu operatsiya qilingan bemorlarning umumiy sifatining 1,6 foizini va asoratlari bo'lgan bemorlarning umumiy sonining 17,8 foizini tashkil etdi. 9 ta turli xil operatsiyadan keyingi asoratlar haqida takroriy jarrohlik amaliyoti amalga oshiriladi. 33 (47,8%) bemorlarda takroriy amaliyotlar uchun ko'rsatmalar qorin bo'shlig'ining absseklari; 18 tasi (26,1%) da yopishqoq ichak tutilishi; 4 tasi (5,8%) da - ichak eventratsiyasi; 4 tasi (5,8%) da operatsiyadan keyingi peritonit; 3 tasi (4,3%) da - omentit; 2 tasi (2,9%) da ichki qon ketish; 2 tasi (2,9%) da - dinamik ichak tutilishi; 2 tasi (2,9%) da - ichak fistulalari; 2 tasi (2,9%) da - ichak fistulalari; 1 tasi (1,4%) da qorin bo'shlig'ining boshqa qismida. Operatsiyadan keyingi davrda kataral appenditsit bo'lsa takroriy operatsiyalarni talab qiladigan asoratlar kuzatilmagan. Pnevmonoz

Monografiya

appenditsit bilan takroriy operatsiyadan keyingi asoratlari bo'lgan bemorlarning umumiy sonidan 0,2% bolalarda va operatsiyadan keyingi asoratlari bo'lgan bemorlarning 5,0% da bajarildi; gangrenoz appenditsit 1,0% va 8,3%; mahalliy peritonit 2,9% va 13,0%; tarqalgan peritonit 17,5% va 37,1%; infiltrat bilan 25,0% va 75,0%; abses bilan 5,3% va 23,1% mos ravishda. Qayta jarrohlikning 62,3%i diffuz peritonit bilan kasallangan bemorlarga to'g'ri keladi (141, 142).

Takroriy jarrohlik operatsiyadan keyingi asoratlari bo'lgan bemorlarni davolashda juda muhim va mas'uliyatli bosqichdir. Eng muhimi, oldini olish, erta tashxis qo'yish, asoratlarning oldini olish, jarrohlik aralashuvining o'z vaqtida bajarilishi, operatsiyadan oldin intensiv terapiya operatsiya vaqtida va operatsiyadan keyingi davrda intensiv terapiyadir [109, 180, 239]. Taktikalar, kirishni tanlash, operatsiyani texnik bajarish, qorin bo'shlig'ini sanatsiya qilish va drenajlash, ichakni intubatsiya qilish yoki rezeksiya qilish, to'xtatib qo'yilgan yoki tugatilgan ileostomani qo'llash, aylanma anastomoz bemorning og'riqlarini, asoratning xususiyatini, bolaning o'ziga xos xususiyatlarini, jarrohning imkoniyatlarini, bemorlarning bunday kontingentini parvarish qilish bo'yicha tibbiy muassasaning tajribasini hisobga olgan holda hal qilinishi kerak [65, 95, 155, 193]. Asoratlarning erta tashxis, relaparotomiya uchun ko'rsatmalarni kengaytirish, qayta operatsiya o'z vaqtida amalga oshirishi, davolash natijalarini yaxshilashi mumkin [7, 53, 144, 312].

Shunday qilib, peritonitni davolash muammosi hanuz hal etilmagan va bu yo'nalishda qo'shimcha tadqiqotlar o'tkazish kerak.

II BOB,

OZONNING DIFFUZ YIRINGLI PERITONITGA HAMDA TAJRIBADA BITISHMA HOSIL BO'LISHIDAGI TA'SIRI VA KLINIKASI

Tarqalgan appendikulyar peritonitni kompleks davolashda ozon terapiya

Ozon terapiyasining terapevtik ta'siri oksidlovchi "stress" va oksidlanish-qaytarilish jarayonlarining gomeostatik muvozanatini tiklashga qaratilgan organizmdagi metabolik va neyro-endokrin qayta tuzilishini aniqlaydigan antioksidant himoyaning yetarli darajada safarbar qilinishiga asoslangan [36]. Ozon terapiyasining o'ziga xos xususiyati shundaki, ozon kislorod metabolizmini boshqarishda faol ishtirok etadi, energiya substratlarini samarali ishlatadi va adaptiv-kompensatsion subsellyar tuzilmalarni tiklashni rag'batlantiradi [88, 131, 174, 214].

Klinik tibbiyotda ozonni qo'llash uning oksidlovchi, antioksidant, dezinfeksiyalash, bakteritsid detoksifikatsiyasi, energiya stimulatsiyasi, immuno korrugatsiyalash, antigipoksik, trofik, mikro gemosirkulatsiya va reologik xususiyatlariga asoslangan [37, 43, 188].

So'nggi yillarda tibbiy adabiyotlarda turli darajadagi endo- va ekzotoksikoz bilan jarrohlik va umumiy terapevtik bemorlarning turli guruhlarida klinik amaliyotda ozonni muvaffaqiyatli qo'llash haqida xabarlar paydo bo'ldi [201, 249, 262, 288]. Ozon metabolik, bakteritsid, virusli, fungitsid ta'sirini hisobga olgan holda, ozonli eritmalar vena ichiga yuborish, applikatsiyalar, yuvib tozalash, kompresslar, kichik va katta autogemoterapiya, bo'shliq ichiga jo'natish orqali ishlatilgan. Yuqori ozon konsentratsiyasi toksik ta'sirga ega va mikroflorani nazorat qilish uchun ishlatiladi. Ozonlashda ko'plab antibiotiklar va antiseptiklarning antibakterial faolligi oshadi [249].

Stafilokokk, protey, ko'k yiringli tayoqchalar va ichak tayoqchalari uchun xlorgeksidin, dioksidin va furatsilinning past antibakterial faolligi kuzatildi [10, 51, 66, 75]. Shunday qilib, 10 daqiqada ta'sir qilish bilan, protey koloniyalarining 15-20%i nobud bo'ladi, ko'k yiringli ichak tayoqchalariga bakteritsid ta'sir ko'rsatmaydi. Shu bilan birga, ozonlangan antiseptiklar va distillangan

Monografiya

suvning ta'siri birinchi daqiqada bu mikroblarning 100% shtammlari uchun halokatli bo'lib chiqdi [100, 18, 57, 160].

Adabiyotlarga ko'ra, 1 dan 5 mg/l gacha bo'lgan konsentratsiyada ozon 99,9% E. coli, Streptococcus faecalis, Mycobacteriumtuberculosis, Cryptosporidium-parvum, Varavium va boshqalar 4 20 daqiqa davomida o'limga olib keladi. 0,1 mg/l konsentratsiyasida, hatto juda chidamli Penicillinumnotatum sporalarini yo'q qilish uchun 15 20 daqiqa kerak bo'ladi. Ozon ta'sirida mikroorganizmlarning komplementning bakteritsid ta'siriga nisbatan sezuvchanligini oshishi namoyon bo'ldi. Ozon eritmalari metitsilinga chidamli, Staphylococcus aureusga nisbatan juda samarali ekanligi aniqlandi [187].

Bakteritsid ta'siridan tashqari, ko'pchilik mualliflar yiringli yaralarni davolash dinamikasining sezilarli tezlashishini va yallig'lanishning umumiy va mahalliy alomatlarini yo'q qilishni aniqladilar. S.I.Miroshin va hammualliflarning ma'lumotiga ko'ra, mahalliy ozon bilan davolashda yaralar 4 5 kun oldin yiringli nekrotik ajratmalardan tozalangan va yallig'lanish belgilari, yiringli intoksikatsiya [152] bir vaqtning o'zida bartaraf bo'lgan holda an'anaviy davolash usullariga nisbatan tezroq granulalar bilan to'ldirilgan.

Bir qator mualliflar poliorganik yetishmovchiligini davolashda tizimli ozon terapiyasidan foydalanganlar [13, 114, 201]. Peritonitning periferik va mikrosirkulyatorli qon oqimining yaxshilanishi, ichak peristaltikasining yaxshilanishi va me'yorlashishi, qorin bo'shlig'ida eksudat birikmasining kamayishi va yo'q bo'lishi, shuningdek, qorin bo'shlig'i va ichak looplari (ilgaklar)da fibrinning kamayishi qayd etilgan [85].

L.A.Laberko bilan birgalikda bir qator mualliflar tomonidan, enteral ozonoterapiya yordamida keng tarqalgan peritonitda enteral yetishmovchilik sindromining namoyon bo'lishini tuzatish taklif etildi. Ular tarqalgan peritonitli bemorlarni kompleks davolashda enteral ozon ozonoterapiyaning samaradorligini tahlil qilishadi va operatsiyadan keyingi davrda nazointestinal zond orqali ozonlangan fiziologik eritma bilan ingichka ichakni yuvish patologik ichak bo'shlig'i bakterial kontaminatsiyani samarali bartaraf etish imkonini beradi, enteral tarkibning toksikligini pasaytiradi va ingichka

ichakning funksional ko'rsatkichlarini va umuman, davolash natijalarini sezilarli darajada yaxshilashga olib keladi [132].

Terapevtik konsentratsiyalarda ozondan ham mahalliy, ham tizimli foydalanish polinuklearlarning fagotsitar faolligini rag'batlantiradi. 4-6 mg/l konsentratsiyasida ozonni o'z ichiga olgan eritmalarning intravaskulyar infuzioni gumoral bog'ning infeksiyaga qarshi himoyasini safarbar qilishga olib keldi – notrofillarning fagotsitik faolligini oshirish, fagotsitlarning sinov mikroblarini absorbtsiya qilish qobiliyatini oshirish va fagotsitozning to'liqligi indeksini oshirishdir [45, 128, 162]. Ozonni hujayra ichidagi mexanizmlar darajasida parenteral ishlatish bilan neytrofil leykotsitlarning antibakterial himoya fermentlarining faolligi rag'batlantiriladi, degan taxmin mavjud.

Qonni ozonlashda ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, fagotsitoz jarayonida ishtirok etuvchi neytrofillar soni 10 daqiqa davomida 14% dan 24% gacha, 15 daqiqa davomida 26% gacha yetishi mumkin va 3 kun davomida shu maromni saqlab turadi. Yutish qobiliyati 0,3 dan 0,7 gacha va undan keyin 15-daqiqalarda 2,7 dan ko'tariladi [170]. Fagotsitozning to'liqlik indeksi 0,72 dan 1,20 gacha oshadi. Ozonning immunokorrigatsion va antibakterial xususiyatlari sababli, TAP ni davolashda muhim yutuqlarga erishildi operatsiyadan keyingi asoratlar soni 1,8 marta va operatsiyadan keying o'lim 3,2 % dan 18,9 % gacha kamaydi [39, 40].

A.M.Shamsiyev va boshqalar bolalarda qorin bo'shlig'ining operatsiyadan keyingi absstesning oldini olish va davolashda ozon terapiyasidan foydalangan holda, ozon bakteritsid, antigipoksik, detoksifikatsiya ta'siriga va immunomodulyator ta'siriga ega ekanligini qayd etib o'tganlar [250, 252].

Shunday qilib, mahalliy va tizimli ozonoterapiya, ayniqsa, poliorgan yetishmovchiligi sindromi bo'lgan bemorlarda TAPni davolash uchun yangi istiqbollarni ochib beradi. Ko'pgina tadqiqotchilar tavsiya etilgan dozalarga rioya qilgan holda ozon bilan davolashni qo'llaganlarida hech qanday yon, toksik, mutagen va teratogen ta'sirni qayd etmadilar. *Umumiy yiringli peritonitning ozon terapiyasi bo'yicha adabiyotlardagi ma'lumotlarni tahlil qilib, klinik va eksperimental dalillar ozonning bakteritsid ta'siriga qo'shimcha ravishda:*

antigipoksik ta'sir;

immunomodulation ta'siri;

disintoksifikatsiya ta'siriga ega ekanligini ham ko'rsatadi.

TAP bilan og'rigan bemorlarni davolashda ozon terapiyasining yuqori samaradorligi bo'yicha olingan ma'lumotlarga qaramasdan, ushbu bemorlarni boshqarish taktikasi masalalari noma'lum bo'lib qolmoqda.

Qaysi biri yaxshiroq ozonlangan eritmalar bilan bir martalik sanatsiyami yoki qorin bo'shlig'ini qayta yuvish? TAP bilan og'rigan bemorlarni boshqarishda qanday mezonlarga e'tibor qaratish mumkin? Qayta tiklashdan keyin qanday vaqtda qorin bo'shlig'ini steril deb hisoblash mumkin? Afsuski, biz o'rgangan adabiyotimizda bu savollarga javob topmadik.

Xulosa qilib aytish mumkinki, ushbu davolash usulining ko'p jihatlari kelgusida o'rganish uchun keng maydonni saqlab qoladi. Bu peritonit fazalariga va intoksikatsiya darajasiga, peritonitning bakterial ifloslanishiga qarab, ularning mahalliy va tizimli qo'llanilishida ishlatiladigan eritmalarda ozonning dozasi va konsentratsiyasiga, bemorning tanasiga salbiy ta'sir va yon ta'sir parametrlari va boshqalar.

Peritonitning rivojlanishi va rivojlanishining patogenetik mexanizmlarini yaratish uchun zararli morfologik substrat - simulatsiya qilingan peritonit bilan tajriba qilinuvchi hayvonlarning qorin parda to'qimalari o'rganildi. Bundan tashqari, ozon-kislorod aralashmasining eksperimental peritonitda yallig'lanish va bitishma hosil bo'lishining qizg'inligiga ta'siri ham o'rganildi.

Ozon terapiyasini eksperimental peritonitda qo'llashdan ikkita maqsadga erishish nazarda tutilgan edi: peritonitni davolash va bitishmalar shakllanishining oldini olish, bu ozon terapiyasining ta'siri haqidagi zamonaviy g'oyalarga mos keladi [128].

Eksperimental tadqiqotlar akademik V.Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining eksperimental xirurgiya bo'limi (rahbar prof. A.X.Qosimov) va patologik anatomiya laboratoriyasi (rahbar prof. I.M.Baybekov) da amalga oshirildi.

Eksperimental peritonitni modellashtirish uchun Baybekov I.M. va Xoro-shayeva V.A. (1990) usuli qo'llanildi. Hayvonning orqa tomonidagi holati. Efer anesteziyasi ostida qorin old devorining tuklari qirib tashlandi, undan keyin "yelkan" hosil bo'lgunga qadar

qisqichlar bilan ko'tariladi. Qorin bo'shlig'ining o'rta chizig'i bo'ylab, yelkanning tagida, sagital tarzda, 350 burchak ostida, ishlaymay qolish hissi paydo bo'lgunga qadar 0,3 kesimida punksiya ignasi kiritiladi. Qorin bo'shlig'iga fiziologik eritmada kalamushlarning 0,5 ml 33% li najas suspenziyasi kiritildi. Bir kundan so'ng, xuddi shu tarzda qorin bo'shlig'iga 0,5 ml 33% najas suspenziyasi qayta kiritiladi. Qorin bo'shlig'iga najasli eritma takroriy kiritilgandan so'ng, 24 soatdan keyin peritonit belgilari hayvonlarda kuzatildi. Hayvonlar harakatsiz, bezovta, ovqat iste'mol qilishni to'xtatishgan, qorinda shish kuzatilgan, tuklarining shilimshiqligi qayd etilgan.

Oq rangli 140 160 g. gacha bo'lgan 41 dona oq Vistar zotli kalamushlarda eksperimental tadqiqotlar o'tkazilgan. Jonivorlar 2 guruhga bo'lingan. 23 dona birinchi guruh kalamushlari (nazorat) narkoz ostida, o'rtacha kattalikdagi laparotomiya qilindi va qorin bo'shlig'i steril salftokalar bilan yiringdan tozalandi, shundan keyin yaraning pastki burchagida drenaj trubasi qoldirildi va qorin bo'shlig'i tikildi. Drenaj trubasining tashqi uchi germetik tarzda yopilgan va hayvonning orqa tomoniga o'rnatilgan.

Ikkinchi guruh hayvonlarining (asosiy, n=18) qorin bo'shlig'i yiringdan tozalangandan so'ng, OTRI 01 (Rossiya) apparati yordamida 5 daqqa davomida 5 8 mg/l ozon konsentratsiyasi bilan qorin bo'shlig'i ozonlanadi, keyin drenaj trubasi qoldirilib, laparotomik yara tikib qo'yildi. Drenaj trubasining oxiri nazorat guruhida ham qayd etilgan. Operatsiyadan keyingi 2 3 kun ichida hayvonlarning asosiy ozonlanishi drenaj trubkasi orqali amalga oshirildi.

3, 7 va 14 sutkada ikkala guruhdagi hayvonlarning operatsiyasidan so'ng, efir anesteziyasi ostida darhol dekapitatsiya orqali eksperimentdan chiqarildi. Qorin bo'shlig'idagi bitishmalilik jarayonning darajasi 5 balli o'lchov bilan baholandi. Bitishmalilik yo'q 0 daraja, operatsiyadan keyingi jarohatlarda bitta bitishma 1 daraja, bir nechta bitishma, ichakning kengligini buzmaydi – 2 daraja, zich bitishma, ichak naychasining kengligini buzadi 3 daraja, ichak looplarining konglomeratini shakllantirish bilan keng bitishmali jarayon – 4 daraja.

Ichak tutqichi, uning diafragma qismidagi parietal periton va adezyon hosil bo'lish zonasidagi ichak devorlari namunalari nurli-optik va elektron mikroskopik tekshiruvdan o'tkazildi. Nurli-optik morfologik tadqiqotlar uchun eksperimental hayvonlarning autopsik

Monografiya

materiallari Lilli tomonidan 10% li formalinda 0,1 H fosfat buferida pH - 7, 3 kun davomida qayd etilgan. Etanol eritmalarida degidradatsiyadan so'ng, ortib borayotgan konsentratsiyada material parafinga qo'yiladi. Bo'limlar gematoksilin-eozin bilan bo'yalgan. Tadqiqotlar mikroskop va Axioskop 40 - ZEISS yordamida amalga oshirildi. Axioskop 40 - ZEISS micros-kopida raqamli kamera va kompyuter bilan bog'langan yorug'lik-optik mikrofo-tografiyalar olingan.

Transmission elektron mikroskop (TEM) uchun material 0,1M fosfat tamponda (pH 7,2) glutaraldegidning 2,5% eritmasida va osmiy tetroksidning 1% eritmasida, degidratatsiya va singdirishdan keyin, u epon va araldit aralashmasiga quyildi. "Reichert-Jung" (Reichert, Avstriya) ultramikrotomida ishlab chiqarilgan yarim yupqa va ultra yupqa kesmalar (YYK va UYK) metilen ko'k va asosiy fuksin yoki uranilatsetat va qo'rg'oshin sitrat (Karupu V.Y., 1986) bilan bo'yalgan. Ultra yupqa kesmalar H-600 elektron mikroskopida (Hitachi, Yaponiya) tekshirildi.

Skanerlash elektron mikroskopi (SEM) uchun degidratsiyadan keyingi namunalar "HCP - 2" (Hitachi, Yaponiya) qurilmasidagi muhim nuqta usuli bilan

quritilgan va "IB-3" (Eiko, Yaponiya) purkagichida ionli oltin bilan qoplangan. Ular "S 405" (Hitachi, Yaponiya) elektron mikroskopida olingan preparatlarni tekshirishdi. Smola bilan to'ldirilgan materialning bir qismidan 6 8 mkm qalinlikdagi kesmalar ishlab chiqarildi. Ular shisha yoki alyuminiy folga bilan qoplangan, mutlaq o'rganish to'yingan natriy gidroksid eritmasi bilan smola olib tashlangandan so'ng, quritilgan, oltin bilan qoplanib, skanerlovchi elektron mikroskopda tekshirilgan.

Ozon terapiyasidan foydalanmasdan eksperimental peritonit bilan, birinchi guruhdagi (nazorat) 23 ta hayvonlar orasida o'lim darajasi 30,4% ni tashkil etdi. Hayvonlarning o'lim darajasi 1-jadvalda keltirilgan.

1-jadval

Nazorat guruhidagi hayvonlarning o'lim vaqti

Tajriba muddati		Hammasi
1-5 kun	6-9 kun	
4(57%)	3 (43%)	7 (100%)

7 ta kalamush o'lganidan so'ng, 16 ta jonivor nazorat guruhida qoldi. Eksperimental hayvonlarni o'rganish shartlari 2-jadvalda keltirilgan.

2-jadval

Eksperimental hayvonlarni o'rganish muddati

Guruhlar	Tajriba muddati			
	3 kun	7 kun	14 kun	Hammasi
I guruh	5	9	2	16
II guruh	5	10	3	18
Jami	10	19	5	34

Qorin bo'shlig'idagi yopishqoqlik darajasi 5 balli shkala yordamida baholandi (3-jadval).

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, peritonit operatsiyadan keyingi 5 kun ichida qorin bo'shlig'idagi birinchi guruh (nazorat)dagi barcha 3 nafar kalamush yopishqoqlikning 2 darajasiga ega bo'lib, 3 nafar kalamushda xuddi shu davrda ikkinchi guruhda 1 daraja va qolgan 2-yopishqoqlikning 0 darajasi. 7 va 14 kunida birinchi guruh hayvonlarida so'yish barcha holatlarda 3 yoki 4 yopishqoq jarayonning ko'rsatkichi qayd etilgan. Tajribaning 7 va 14 kunlarida birinchi guruh hayvonlari barcha holatlarda yopishqoqlikning 3 yoki 4 darajali ko'rsatkichga ega edi. Ikkinchi guruhning kalamushlarida esa, aksincha, yopishqoqlikning faoliyati past va 0 1 darajasiga teng edi.

3-jadval

Tadqiqotning turli muddatlarida hayvonlardagi yopishqoqlikning ko'rsatkich darajasi

Bitishmalanish jarayonining ko'rsatkichlari		3 kun	7 kun	14 kun	Hammasi
		Tadqiqotlar soni			
0 daraja	I guruh				
	II	2	7	3	12
1 daraja	I				
	II	3	3		6
2 daraja	I	5			5
	II				
3 daraja	I		6		6
	II				
4 daraja	I		3	2	5
	II				
Hammasi		10	19	5	34

Eksperiment tajribaning dastlabki bosqichlarida (3 kun) birinchi guruh hayvonlarining qorin bo'shlig'ini ochishda peritonit va ichakdagi makroskopik o'zgarishlar peritonitning toksik bosqichiga to'g'ri keldi. Ichaklar shishib ketdi. Peritonitning barcha qismlari, masalan, ko'krak bezi va diafragmaning qorin pardasi shishgan, qon bilan to'lgan. Peritonning yuzasi xira bo'lib, yiringli-fibrinoz qoplamalar bilan qoplangan. Qorin bo'shlig'ida loyqa muhit, fibrin iplari va yoqimsiz hid mavjud edi. Belgilangan bitishmali jarayonning mavjudligi qayd etildi. Bitishmalar osongina yirtilib, asosan ingichka ichak looplari orasida joylashgan edi.

Eksperimental peritonit va ozonoterapiya ta'sirida peritonit va ingichka ichakning morfologik xususiyatlari

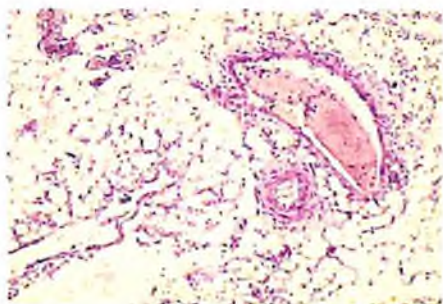
Operatsiyadan keyingi 3 kun ichida peritonning turli qismlarida nurli optik tadqiqotlar sezilarli yallig'lanish o'zgarishini ko'rsatdi. Katta yog' bezida shish paydo bo'lishi va juda zich polimorf hujayrali infiltratsiya mavjud. Infiltratning dominant hujayra elementlari polimorf-yadroviy neytrofil leykotsitlardir. Turli o'lchamli tomirlar tomonidan sezilarli o'zgarishlar qayd etilgan. Ularning keskin ravishda kengayishi kuzatildi. Ko'pgina tomirlarning ichki bo'shlig'i qizil qon tanachalari neytrofil leykotsitlar aralashmasi bilan qizil qon hujayralari hukmronlik qilgan tromblari aniqlandi, bu ularni qizil tromblar sifatida aniqlash imkonini beradi. Tomirlarning devorlari qalinlashadi, polimorf hujayrali elementlar bilan infiltratsiyalanadi (1-rasm).

Yuqorida keltirilgan yallig'lanish belgilari ingichka ichakda ham paydo bo'ladi. Shish shaklida yallig'lanish xarakterida sezilarli o'zgarishlar va interkriptal stroma va ingichka ichak shilliq qavati stromasining aniq infiltratsiyasi interkriptal bo'shliqlarning o'sishiga olib keladi. Shilliq qavat osti asosida limfa follikulalari kabi shakllanadigan yallig'lanish infiltrat hujayralarining to'planishi kuzatiladi. Vorsinkalar uchida Grunxagena bo'shliqlarining hosil bo'lishi va uchlarining denudatsiyasi kuzatiladi. Kriptalarda epiteliositlarning ekstruziyasi kuchaygan bo'lib, kriptalar bo'shlig'ida hujayralarning ko'payishiga olib keladi. (2-rasm).

Peritonning diafragma qismida sezilarli o'zgarishlar qayd etilgan. Shish va

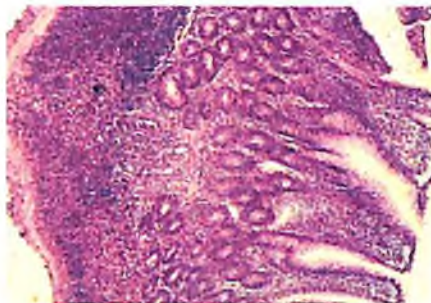
polimorf hujayrali infiltratsiya tufayli keskin qalinlashadi. Ba'zi joylarda mezoteliya hujayralarining deskvamatsiyasi mavjud bo'lib, bu

mezoteliya qoplamaning yaxlitligini buzishga olib keladi. Kengaytirilgan mayda qon tomirlari qonning shaklli elementlari bilan to'ldiriladi.



1-rasm. Peritonning shishishi va yallig'lanish infiltratsiyasi, tromb hosil bo'lishi bilan vazodilatatsiya. 3 kunlik peritonit.

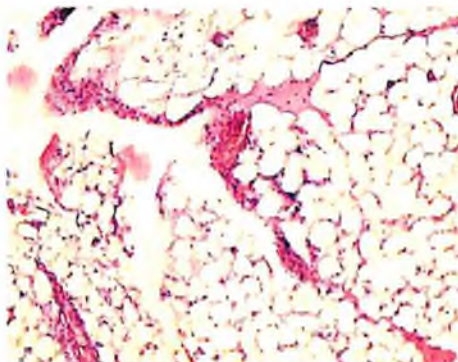
G - E.10x10.



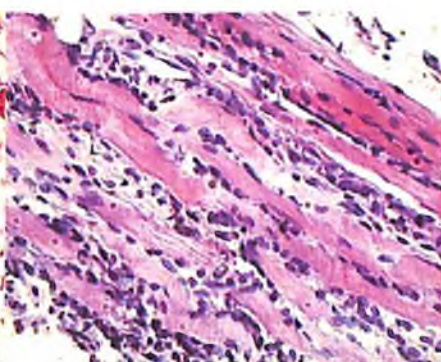
2-rasm. Seroz membranasing qalinlashishi, ingichka ichak barcha qatlamlarining yallig'lanish infiltratsiyasi. 3 kunlik peritonit.

G - E. 10x10.

Yallig'langan infiltrat hujayralari mushak tolalari orasida joylashgan. Shishning aniq namoyon bo'lishi kuzatiladi, bu mushaklararo bo'shliqlarning sezilarli kengayishiga olib keladi. Mushak tolalarida ko'ndalang chiziqlar yo'qoladi. Ba'zi bir tolalarda, miyozitning shishishi natijasida bo'ylama chizilgan chizgilar yomon ifodalangan (3-rasm).

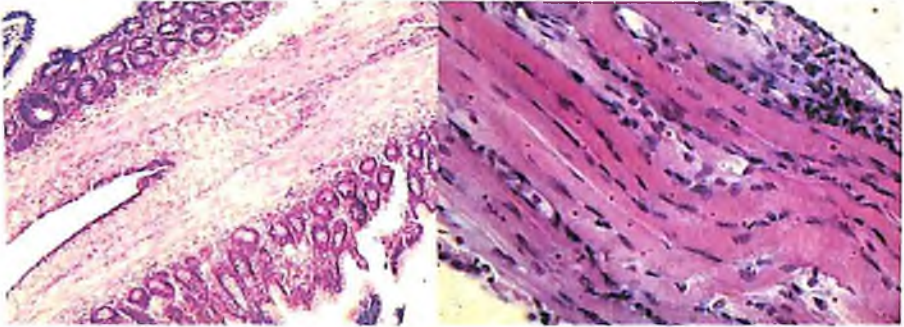


3-rasm. Peritonning diafragma qismining qalinlashishi va yallig'lanish infiltratsiyasi, mikrovesellarning kengayishi, qon ketishi. 3 kunlik peritonit. G - E.10x40.



4-rasm. Peritonda yallig'lanish o'zgarishlarini kamaytirish. 7 kunlik peritonit. G - E. 10x10.

7 kunlik eksperimentda yallig'lanish jarayonining keskin namoyon bo'lishi biroz kamaydi. Peritonning barcha qismlarida ham, peritonning diafragma qismida ham trombozli tomirlar kamroq edi (4, 5-rasmlar).



5-rasm. Peritonning diafragma qismidagi yallig'lanish o'zgarishlarini kamaytirish. 7 kunlik peritonit. G - E.10 x 40.

6-rasm. "Demezotelizatsiya" joyida ichak devorlari so'rg'ichlarida yopishqoqlikning shakllanishi va bitishmalarning hosil bo'lishi. 7 kunlik peritonit. G - E. 10 x 10

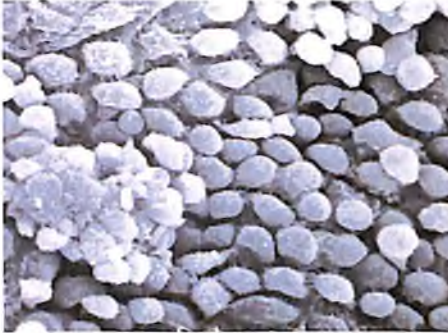
Ichaklar orasida devorlarning yopishqoq joylari ko'proq uchraydi. Qorin bo'shlig'ida qorin bo'shlig'i mezotelial qoplamadan holi bo'lib qolgan. Odatda, bu hududlarda qo'shni ichaklar bir-biri bilan birlashib, mezotelial qatlamsiz silliq mushak hujayralarining umumiy qatlamini hosil qiladi. Ushbu umumiy qatlamda silliq mushak hujayralariga qo'shimcha ravishda, fibroblastlar va tomirlarning ustunligi bilan turli xil biriktiruvchi to'qima hujayralari mavjud. Ichak devorlarining birlashishi, ularning orasidagi mezotelial qatlamning yo'qligi, odatdagi yopishqoqliklar hosil bo'lishini yuzaga keltiradi (6-rasm).

3 kunlik eksperimentda o'tkazilgan SEM yordamida peritonning turli qismlarini o'rganish hujayralararo bo'shliqlarning sezilarli kengayishini ko'rsatdi va ko'pincha mezoteliyotsitlarning bir-biri bilan aloqasini yo'qotdi. Mezoteliyositlar yuzasida va ularning orasidagi bo'shliqlarda fibrin iplari va peritoneal makrofaglar va to'q hujayralari kabi ko'plab hujayralar aniqlanadi. Bu hujayralar bilan bir qatorda yuza qismida eritrotsitlar ham uchraydi.

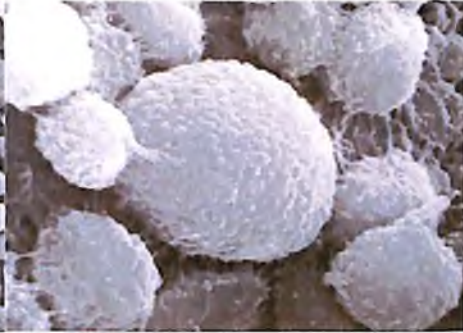
SEM periton yuzasida hujayralar mezoteliyositlar orasidagi kengaygan bo'shliqlardan ko'chib o'tishini aniqladi. Mezoteliyotsitlar orasidagi kontaktlarning buzilishi, hujayralararo bo'shliqlarning

kengayishi demezotelizatsiyalangan hududlarning paydo bo'lishiga olib keladi.

Mezoteliositlarning tashqi yuzasida kam miqdorda eroziyalar mavjud. Semiz hujayralar (to'qima bazofillari) va peritoneal makrofaglarining plazmatik membranasi shikastlanmagan. (7, 8- rasmlar).



7-rasm. Mezoteliyning hujayralararo bo'shliqlarining kengayishi, biriktiruvchi to'qima hujayralarining yuzaga chiqishi. 3 kunlik peritonit. SEM x 600.



8-rasm. Periton yuzasida mast hujayralari va qorin parda makrofaglari. 3 kunlik peritonit. SEM x 2000.

Demezotelizatsiyalangan maydonlarning yuzasida fibrin iplari to'planishi va peritonning kontakt yuzalarini "yopishish" holatlari mavjud. Ushbu hududlarda to'yingan, limfotsitlar kabi biriktiruvchi to'qima hujayralarining sezilarli migratsiyasi aniqlanmaydi.

Peritoneal makrofaglar kamdan kam uchraydi, lekin ko'pincha sirtida alohida qizil qon tanachalari mavjud (9-rasm).



9-rasm. Qorin pardasining "demezotelizatsiyalangan" qismlari bilan aloqa qiladigan sirtlarni yopish.

7-14-kunida peritonitni butunlikni buzish zonalarida modellashtirgandan so'ng, ichakning seroz qopqog'i va peritonning mezoteliyasi kuchli yopishqoqlikning mavjudligi qayd etildi. Qorin bo'shlig'ida ter ajralishi kamaygan joylarni ko'rish mumkin. Qorin pardasining yaxlitligi, uning qalinligi, shish va yallig'lanish infiltratsiyasi tufayli saqlanib qoladi. Interintestinal abseslar mavjudligi qayd etildi.

3 kunlik peritonit SEM x 2000.

Bitishmalarning shakllanishi qorin bo'shlig'i bo'ylab hosil bo'lgan. Bitishmalar, odatda, ingichka ichak orasida joylashgan. Bitishma qo'pol, juda bardoshli edi. Ular tez-tez ichak tutqichlari halokati va "bivalves" shakllanishi yuzaga kelishiga sabab bo'ldi. Aniqlangan o'zgarishlar bitishmali ichak tutilishining rivojlanishiga asos bo'lib xizmat qiladi. Bitishmalar asosi fibroblastlar, biriktiruvchi to'qima tolalari, shilliq mushak hujayralari va biriktiruvchi to'qima hujayralarining turli xili hosil bo'ladi. Bitishmalarning yuzasi mezotelial hujayralari uzluksiz qatlami bilan qoplangan (10, 11-rasmlar).

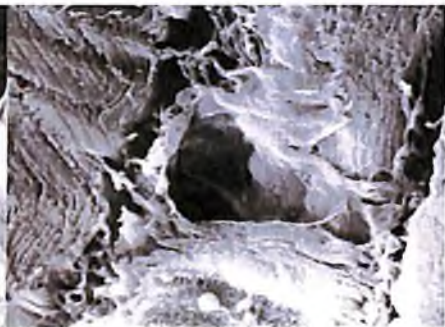
TEM yordamida peritonning turli qismlari bo'yicha o'tkazilgan tadqiqotlar mikrovaskulyar aniq kengayishi, ularning qon elementlari bilan to'lib-toshganligini aniqladi. Endoteliotsitlarning sitoplazmasi yupqalashgan, vakuollangan.

Bazal membrana titilib ketgan, ayrim joylarda uning uzluksizligi buzilgan. Mezotelial hujayralar ostida transudat birikmalarining zonalari bo'lgan kengaygan joylar aniqlanadi. Mezotelial hujayralar yuzasida bir necha mikrovorsinkalar joylashgan (12-rasm).

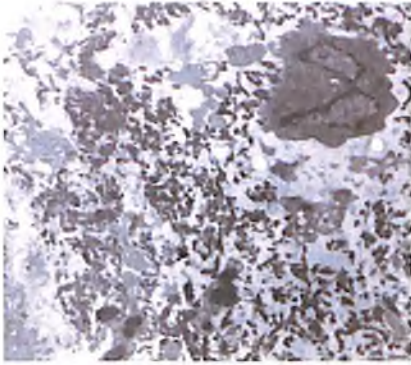
Periton yuzasida TEM yordamida mezotelial qoplamadan mahrum bo'lgan joylar aniqlanadi. Peritonning "demezotizlangan" yuza joylari zich, keng miqdordagi fibrin birikmalari bilan qoplangan, ko'p miqdordagi mikroorganizmlar mavjud, ular ham erkin, ham turli fagotsitlar, asosan mikrofaqtlar- polimorfonuklear neytrofillar, shuningdek makrofaglar ichida joylashgan (13-rasm).



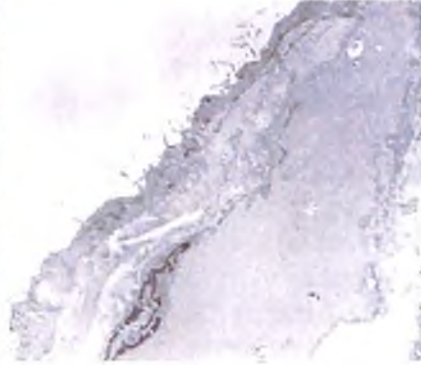
10-rasm. Mezoteliy bilan qoplangan silliq mushaklarning yopishqoqligi. 7 kunlik peritonit. Skol, SEM x 400.



11-rasm. Mezoteliy bilan qoplangan silliq mushaklarning yopishqoqligi. 14 kunlik peritonit. SEM x 400.



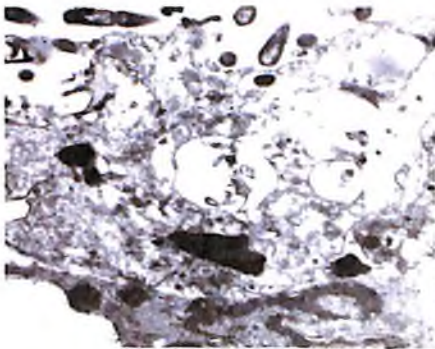
12-rasm. Kengaygan tomir, submezotelial shish, bazal membrananing yaxlitligini buzish. 3 kunlik peritonit. TEM x 5000.



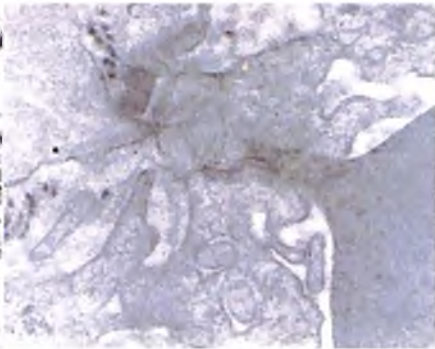
13-rasm. Fibrin, mikroorganizmlar va neytrofillar massalari bo'lgan peritonning demezotelizlangan yuzasi. Parietal periton. 3 kunlik peritonit. TEM x 6000.

"Demezotelizatsiyalangan" qorin parda yuzasida mikroorganizmlar (14-rasm), shuningdek, qizil qon hujayralari joylashgan. Ultrastrukturali tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, eksperimental peritonit kengaygan mikrovaskonlardan qizil qon hujayralarining ko'payishi bilan birga keladi.

Qizil qon hujayralari endoteliydagi sirt membranasining o'simtalarini hosil qiladi, ular endoteliyning hujayralararo yoriqlariga kirib, keyin hujayralararo bo'shliqlarga va yuzaga ko'chib o'tadi (15-rasm).



14-rasm. Fibrin, mikroorganizmlar va fagotsitlar massasi bo'lgan peritonning demezotelizlangan yuzasi. Visseral periton. 3 kunlik peritonit. TEM x 14000.

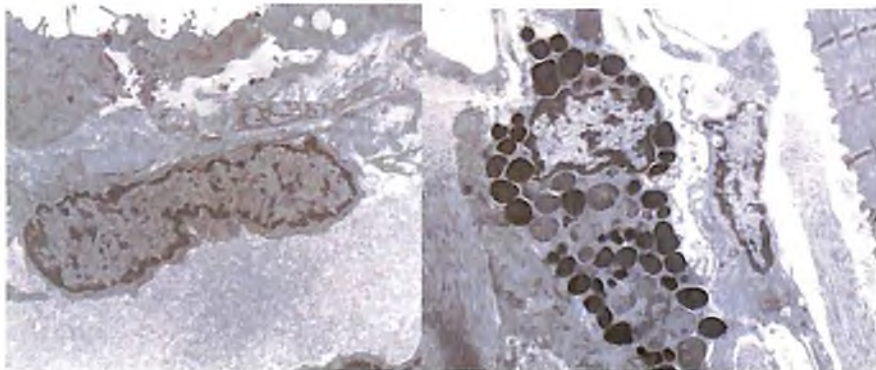


15-rasm. Eritrotsitlarning mikrovesseL devori orqali migratsiyasi. 3 kunlik peritonit. TEM x 60,000.

Reaktiv va erta toksik bosqichda qon hujayralari va boshqa biriktiruvchi to'qima hujayralarining faollashuvining ultrastrukturali namoyon bo'lishi, ularning migratsiyasini oshirishda va granular sonining ko'payishida, hujayralararo bo'shliqlarga chiqishni kuchaytirishda namoyon bo'ldi.

Fagotsitozning kuchayishi va sitoplazmadagi fagosomalar sonining ko'payishi belgilari qayd etilgan (16-rasm).

Mezotelial qoplama yaxlitligining buzilishi sodir bo'lgan maydonlarda, visseral va parietal peritonning barglari bir-biriga yopishadi. Zarar zonalarining chekkasida mezoteliotsitlarning hujayra ichidagi tuzilmalarida o'zgarishlar kuzatiladi, bu ularning o'ziga xos funksiyalarini jadallashtirishni ko'rsatadi. Vakuola, endoplazmatik to'rlarning bug'doysimon profillari soni va hajmi ortadi (17-rasm).



16.-rasm To'q hujayralarida granular sonining ko'payishi, ularning hujayralararo bo'shliqlarga tarqalishi, fagotsitlarda fagosomalarning ko'payishi 3 kunlik peritonit. TEM x 10000.

17-rasm. Mezoteliotsitlarning deformatsiyasi, ulardagi sitoplazmatik tuzilishlarning ko'payishi "demezotelizatsiya" zonasi chetida 3 kunlik peritonit. TEM x 8000.

Mezoteliotsitlar yuzasida sitoplazmaning ko'plab o'sishi shakllanadi, bu ularning shakli o'zgarishiga olib keladi. Ular o'zlarining tekisligini yo'qotadilar va yanada yumaloq bo'lib qolishadi.

Ba'zi hollarda 7 kunlik kuzatuvda bitishmalar paydo bo'ldi. Ultrastrukturali tadqiqotlar yopishqoqlikning asosini silliq mushak hujayralari va kollagen tolalari ekanligini ko'rsatdi. Bundan tashqari, fibroblastlar va biriktiruvchi to'qimalarning boshqa hujayralari ham mavjud. Bu davrda, bitishmalar yuzasi butunlay mezoteliositlar bilan qoplangan. Ushbu hujayralar yassilangan shaklga ega, kichik

yadrochalardan iborat bo'lgan katta yadrolardir. Mezotelial to'qimalar yuzasida, peritonning mezoteliotsitlaridan farqli o'laroq, bitishmani qoplaydigan mikrovorsinalar deyarli aniqlanmaydi. Sirtning o'zi notekis bo'lib, ko'plab katta o'sishni hosil qiladi. Hujayralar sitoplazmasida ko'pincha katta vakuollar, bitta mitoxondriyalar va granulali endoplazmik retikulum profillari mavjud (18-rasm).

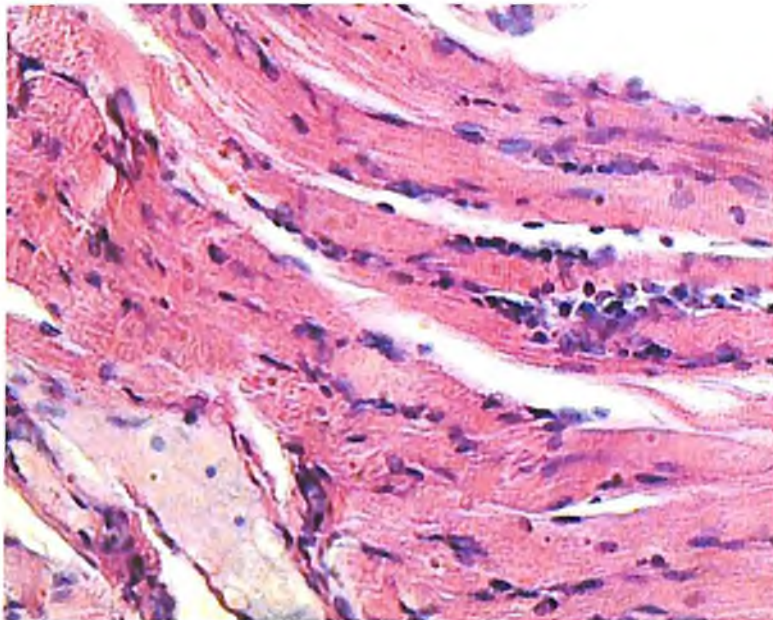


18-rasm. Mezoteliy bilan qoplangan bitishma qalinlikdagi silliq mushaklar va kollagen tolalari. 7 kunlik peritonit. TEM x 8000.

Ikkinchi guruhda (asosiy) o'tkazilgan ozon terapiyasi operatsiyadan keyingi davrda asoratlarni sezilarli darajada pasayishiga olib keldi. Bu guruhda hayvonlarning ishi yo'q edi. Operatsiyadan keyingi 3 kun davomida qorin bo'shlig'ida va ozonoterapiyaning 3-kunida ko'pchiligida oz miqdorda shaffof ter (suyuqligi) qayd etildi. Ichak looplari shishmadi, peristaltika bor edi. Ichak looplarining anatomik joylashuvi buzilmaydi. Qorin silliq, biroz qalinlashgan. 7-14-kunlarida esa qorinni kuzatilganda, makroskopik tarzda silliq, yorqin edi. Qorin bo'shlig'idagi efuzion aniqlanmadi. Ayrim yagona yumshoq bitishmalar ichaklarni buzmedi. 78,9% hayvonlarda bitishmalar aniqlanmagan. Bu davrda o'tkazilgan yengil-optik tadqiqotlar ozon davolash bakterial peritonit oqibatida o'zgarishlar sezilarli kamayishiga olib keladi, deb ko'rsatdi.

Peritonning o'rganilayotgan qismlarida limfotsitlar hukmronligi, kichik shish bilan polimorf-hujayrali elementlarning yengil yallig'lanish infiltratsiyasi sodir bo'ldi. Kichik perivaskulyar infiltratlar

va qon tomirlari devorlarining qalinlashishi kuzatildi. Oxirgi qon tomirlari bo'shliqlarida tromb(tiqin)lar aniqlanmagan. Qorin pardada yallig'lanishning namoyon bo'lishi juda kam ifodalanadi, u yog' to'qimalarining hujayralari tomonidan biriktiruvchi to'qima qatlamlari bilan ifodalanadi. Peritonning diafragma qismida shunga o'xshash morfologik tasvir aniqlandi. Bu yerda mushaklarning ko'ndalang va bo'ylama chiziqlari tiklandi (19-rasm).

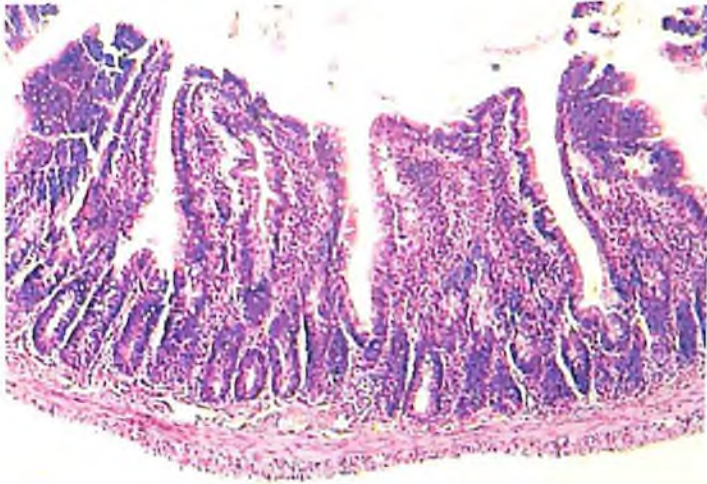


19-rasm. Peritonda yallig'lanish-dissirkulatsiya xarakteridagi o'zgarishlarni kamayishi. 3 kunlik peritonit. Ozon davolash. 10x 40.

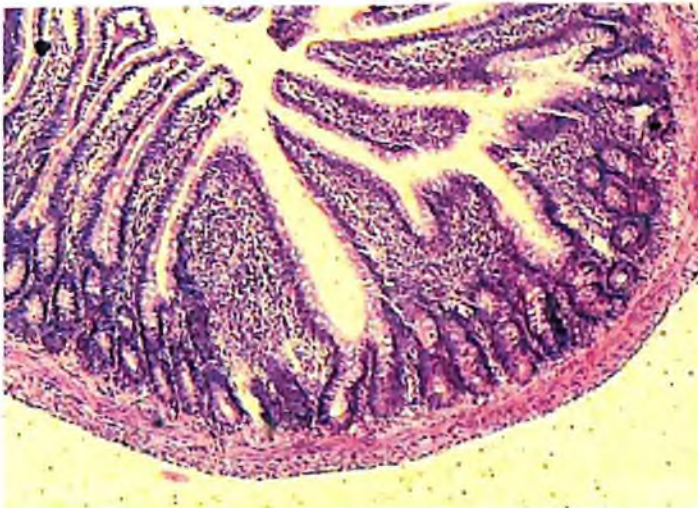
Ingichka ichakda interkriptal strom va vorsinka stromida mo'tadil yallig'lanish infiltratsiyasi kuzatildi. Barmoq shaklidagi vorsinka hujayra deskvamation va mikrovorsinkalarning denudatsiyasi hodisasisiz. Grunxagenning joylari aniqlanmagan. Vorsinka epiteliy qoplamasi prizmatik assimilatsiya hujayralari tomonidan boshqariladi.

Kriptlarda ham sezilarli patologik o'zgarishlar yo'q. Bu yerda ko'plab mitozlar bor edi. Epitelial qoplamada shaffof hujayralar ustunlik qildi, kriptolarning pastki qismida panet hujayralari joylashgan edi. Ingichka ichakning seroz qavatida yallig'lanish infiltratsiyasi sezilmaydi va qalinligi, odatdagi qalinligini saqlagan

holda namoyon bo'lib turipti. Qon va limfa tomirlarining tuzilishi nazoratdan farq qilmadi (20-rasm). Uzoq vaqt ichida ingichka ichak ham nazoratdan farq qilmaydigan oddiy tuzilishga ega edi. Bitishma yoki biron-bir patologik bitishma va ichak ilgaklarining yopishganligi ko'zga tashlanmadi (21-rasm).



20-rasm. Ingichka ichakning ozgina o'zgartirilgan devori. 3 kunlik peritonit. Ozon terapiyasi. G - E. 10 x 10.

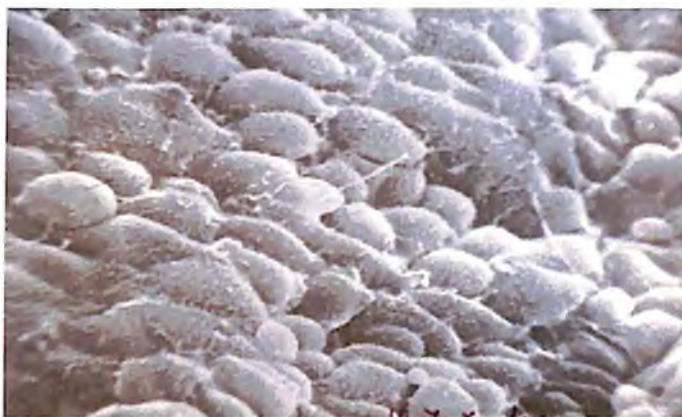


21-rasm. Ingichka ichakning o'zgarmas devori. 7 kunlik peritonit. Ozon terapiyasi. G - E. 10 x 10.

Peritonning diafragma qismi ham ozgina o'zgargan. Diafragma mushaklari o'ziga xos chizilgan (21-rasm). Bu yerda shish va yallig'lanish infiltratsiyasi aniqlanmagan. SEM yordamida olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ozon terapiyasi peritonning patologik o'zgarishlarini kamaytirishga olib keladi. Mezotelial qobiq bir maromda uzluksiz, bir necha kengaytirilgan hujayralararo bo'shliqlar bilan tasvirlangan. Barcha mezoteliotsitlar bir-biri bilan aloqani saqlab qoladi. Mezoteliotsitlarning tashqi yuzasida ko'p miqdorda mikrovorsinkalar mavjud. Tashqi yuzasida kam miqdorda eritrositlar mavjud. (22-rasm).



21-rasm. Diafragmaning odatiy tuzilishi. 7 kunlik peritonit. Ozon davolash. G-E. 10 x 10.

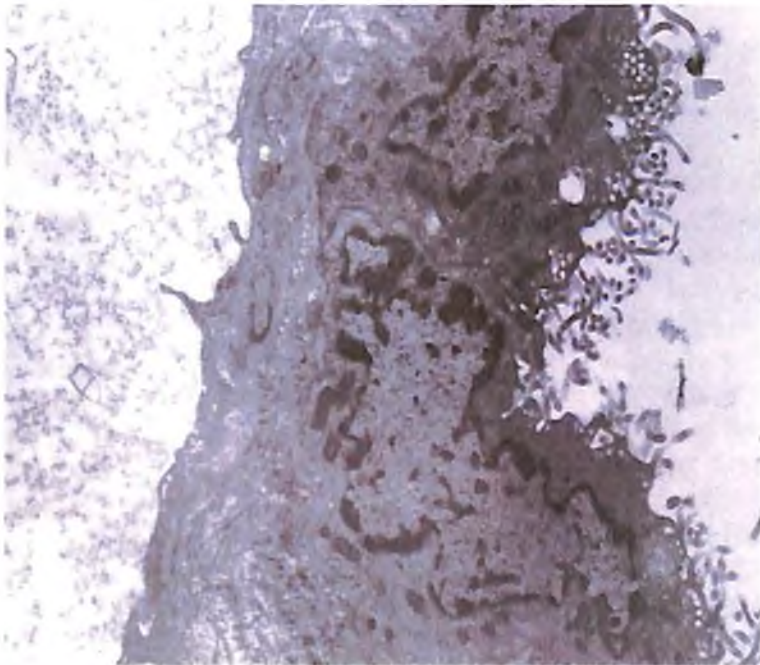


22-rasm. Peritonning mezotelial astarining yaxlitligi. 7 kunlik peritonit. Ozon terapiya. SEM x 600.

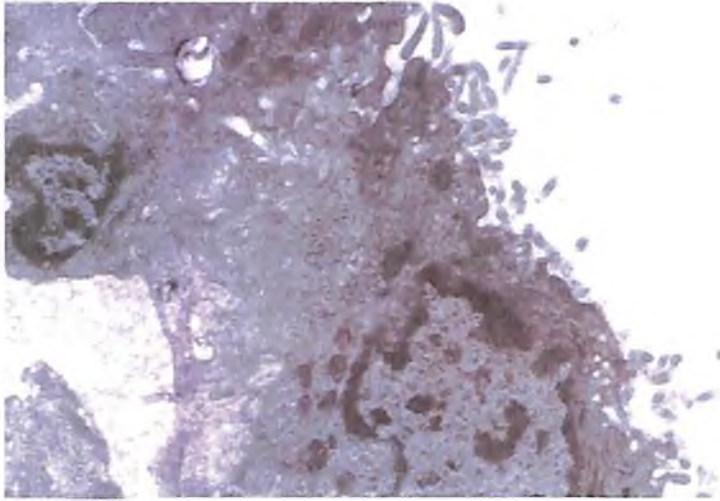
TEM tadqiqotlar ozon davolash bakterial eksperimental peritonit oqibatida ultrastrukturali patologik o'zgarishlarning sezilarli kamayishiga olib keladi, deb ko'rsatdi.

Kuzatishning dastlabki davrlarida mezoteliotsitlar bir-biri bilan chambarchas bog'liq bo'lib, ularning barchasi bazal membranada joylashgan bo'lib, doimiy qoplamani hosil qiladi. Hujayralar yuzasida uzun va nozik mikrovorsinkalar mavjud. Mezoteliyotsitlarning sitoplazmasida mitoxondriyalar va granulasi endoplazmik retikulum qoplagan sohalari juda ko'p. Tomirlar o'rta darajada kengayadi. Endoteliotsitlar tekis nurli sirt bilan qalinlashib boradi, sitoplazmada kichik miqdordagi membrana tuzilmalari mavjud.

Mezoteliyotsitlarning tomirlar va bazal membranalar o'rtasida bir to'p kollagen tolalari va bitta fibroblastlar mavjud (23, 24-rasmlar). Rangli mikroskop yordamida o'tkazilgan, TEM va SEM morfologik tadqiqotlari peritonitning xarakterli xususiyati mezoteliyotsitlarning aniq deskvamatsiyasi ekanligini ko'rsatdi.



23-rasm. Periton yuzasining ultrastrukturasini normallashtirish. 3 kunlik peritonit. Ozon terapiyasi. TEM x 15000.



24-rasm. Peritoneal mezoteliy hujayralarining ultrastrukturasini normallashtirish. 7 kunlik peritonit. Ozon terapiyasi. TEM x 8000.

Bu peritonning to'siq-rezorbsiya funksiyasini buzishning tizimli asosidir. Bundan tashqari, demezotelizatsiya periton barglari va ichak devorlarining ilgaklari yopishqoqlikni va bitishmalar shakllanishini aniqlaydi. Bizning tadqiqotlarimiz shuni ko'rsatdiki, yopishqoqlikning asosi fibroblastlarning silliq mushak hujayralari, kollagen tolalari va birlashtiruvchi to'qima hujayralaridir. Peritonning o'zgarishiga olib keladigan mikroba invaziyasi eksperimental hayvonlarning bir qismini aniq intoksikatsiya va o'limga olib keladi.

Shunday qilib, ozon terapiyasining peritonit va bitishma shakllanishiga ta'siri bo'yicha eksperimental-morfologik tadqiqotlar peritonitni davolashda va bitishma hosil bo'lishining oldini olishda tibbiyotning fizik-kimyoviy usulining yuqori samaradorligini qayd etish imkonini berdi. Eksperimental peritonitda ozon terapiyasining samaradorligi uning aniq antibakterial ta'siri va mezoteliotsitlar va peritonning boshqa hujayralariga rag'batlantiruvchi ta'siri bilan bog'liq. O'tkazilgan ozon terapiyasi nazorat guruhida qayd etilgan o'zgarishlarning sezilarli kamayishiga olib keladi. Bu ozon terapiyasi qorin pardasida bitishma hosil bo'lishining kamayishida muhim rol o'ynaydi. Ozon eksperimental peritonit bilan patologik jarayonlarga ta'sir qilishning juda samarali vositasidir. Ozon ushbu patologiyani davolash va oldini olish uchun klinik amaliyotda tavsiya etilishi mumkin.

III BOB.

QIZLARDA TARQALGAN APPENDIKULYAR PERITONITNI JARROHLIK MUOLAJASINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Qizlarda uchraydigan tarqalgan appendikulyar peritonitni jarrohlik yo'li bilan davolash.

TAP da jarrohlik aralashuvining asosiy maqsadi [9, 102, 265, 274]:

peritonit manbasini yo'q qilish, agar imkonsiz bo'lsa delimitatsiya;

qorin bo'shlig'idan eksudatni olib tashlash va uni takroriy yuvish yo'li bilan yaxshilab tozalash;

qorin bo'shlig'iga antibiotiklarni kiritish;

og'ir ichak parezlari mavjud bo'lganda oshqozon-ichak trakti dekom-pressiyasi [166, 264];

uzoq muddatli retroperitoneal neyrovegetativ blokadani amalga oshirish uchun retroperitoneal bo'shliqda kateterlarni o'rnatish;

qorin bo'shlig'ining yetarli darajada drenajlanishi [311].

Sekostoma orqali ingichka ichak intubatsiyasi bilan laparotomiya, ba'zi mualliflar faqat appendikulyar peritonit bilan operatsiyadan keyingi asoratlarni rivojlantirish bilan emas, balki umumiy absceslanuvchi peritonit bilan boshlang'ich usuli sifatida tanlash usuli deya hisoblaydi [99, 259].

Qorin bo'shlig'ining ko'p sonli absesli keng tarqalgan peritonitning eng og'ir shakllarida "umidsizlik operatsiyasi" degan ibora qo'llaniladi. Oxirgi 10 yil mobaynida mualliflar 8 ta kuzatuvni olib borib, bolalar orasida 1,3% (1996-2005 yy.) appendikulyar peritonit bo'lishini aniqladilar [100, 156, 237]. Laparostomiya usuli operatsiya davridan keyin murakkab jarayonda qo'llaniladi - interpretatsiyali (ilgak, tutqichlararo) abseslar va takroriy bitishmali ichak tutilishining shakllanishi bilan davom etayotgan peritonitning rivojlanishi va boshlang'ich abses sifatida - umumiy absesidatsiya peritonitda qo'llaniladi (TAP) [4, 70, 258]. Umumiy absesli peritonit bir necha xaltachali absesi, sepsis va poliorgan yetishmovchiligi rivojlanishini shakllantirish bilan kechadigan qorin bo'shlig'i barcha qavatlari yallig'lanish jarayonida jalb etishi bilan xarakterlanadigan appendikulyar peritonitning eng og'ir shaklidir [48, 79, 80, 287]. Qorin

bo'shlig'idagi o'zgarishlarning patomorfologik ko'rinishi klinikada asosiy usul bo'lgan endoskopik operatsiyani amalga oshirishga imkon bermaydi va qorin bo'shlig'ining mutlaqo boshqa usulini talab qiladi. Faqat laparostomiya, O.V.Karaseva va boshq. terida jarrohlik aralashuvining asosiy vazifalarini bajarishga imkon beradi: barcha xaltachali bo'shliqlarni sanatsiya qilish; appendektomiya; yog' bezining umumiy rezeksiyasi; harakatlanish funksiyasini va immobilizatsiyasini funksional jihatdan qulay holatda davom ettirish va operatsiyadan keyingi davrda qorin bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayoni ustidan dinamik nazoratni amalga oshirish uchun ingichka ichak intubatsiyasini amalga oshirishga imkon beradi [99, 100].

V.I.Kotlobovskiy bilan hammualliflar birgalikda (2003) bolalarda appendikulyar peritonitning turli shakllarini endoxirurgik davolash usuli samaradorligini tekshirdi. Bolalarda laparoskopik appendektomiya (LA) har kuni appenditsitning barcha shakllari va uning asoratlari uchun tanlov operatsiyasi sifatida ishlatilgan. Ular 1991-yildan 2002-yilgacha F.Gotz tomonidan original kirish va o'zgartirilgan LA usulidan foydalanganlar [81, 124]. Laparoskopik kirish 90% dan ortiq appendikulyar peritonit kuzatuvlarida muvaffaqiyatli qo'llanilishi mumkin [54, 87]. Endoxirurgik davolash usuli bir qator afzalliklarga ega [117, 158, 167, 175, 282, 291]. Bu kam asoratlilik bilan birga, buzilgan tana funksiyalari erta tiklanishini ta'minlaydi [119, 260]. "Ochiq" jarrohlik usullarini qo'llash natijasida yuzaga keladigan operatsion yukning ortishi tananing funksional zaxiralarning kamayib ketishiga olib keladi, kritik holatlarning chastotasini oshiradi [121, 125, 148]. Bularning barchasi, odatda, sog'ayish jarayonining qulay yo'lini belgilaydi [182, 246]. LA ning eng katta afzalliklari ichak falaji belgilari bo'lmagan keng tarqalgan peritonit sharoitida namoyon bo'lishidir [158, 181, 200, 277]. Xuddi shu fikr O.V.Karaseva bilan birgalikda. uning hammualliflariga ham tegishlidir [98].

Peritonitning abssestlangan shakllari bilan operatsiyadan keyingi davrda asoratlarni tasvirlashda laparoskopik jarrohlikning afzalliklari va uning xatarlari ta'sir ko'rsatadi. Afzalliklari quyidagilardan iborat [58, 151, 157, 173, 299]:

jarrohlik va butun qorin bo'shlig'ini yaxshilab tekshirib ko'rish;
atravmatik manipulatsiya;
qorin bo'shlig'ini to'liq qayta tiklash;

qorin old devorining shikastlanishi yo'qolishi.

Biz xavf-xatarlarga murojaat qilamiz:

qorin bo'shlig'ini qo'shimcha ravishda yuqtirish ehtimoli yuqori;

yuqori energiya vositalaridan faol foydalanish;

falaj bilan ichakni dekompressiya qila olmaslik;

texnik jihozlarning yaroqliligiga bog'liqlik.

Chernov V.N. bilan mualliflar birgalikda (2004) kelib chiqishi turli xil peritonit bilan kasallangan 233 nafar bemorni jarrohlik davolash natijalarini qiyosiy tahlil qildi. Ularning tadqiqotlari shuni ko'rsatdiki, Mangeym peritonit indeksi (MPI) nafaqat keng tarqalgan peritonit oqimining dinamikasini va natijasini taxmin qilish uchun, balki dasturlashtirilgan tekshiruvlar va qorin bo'shlig'ini sanatsiya hamda laparostomiyani qo'llashning asosiy mezonlaridan biri sifatida ham qo'llanilishi mumkin [244].

Bu keng tarqalgan peritonit MPI foydalanish bilan bemorlar endotoksikoz og'ir darajasining klinik va laboratorik baholash bilan birlashtirish maqsadga muvofiqdir, deb topildi [103, 272]. Bu prognostik jihatdan eng og'ir bemorlarda enteral va intraorganik detoksifikatsiya usullarini erta profilaktika qilish uchun ko'rsatmalarni maksimal darajada oshirish imkonini beradi.

Jarrohlik taktikasini tanlash va MPI yordamida terapevtik va detoksifikatsiya qilish choralari miqdori va endotoksikozning og'irlilik darajasini baholash uchun differensial yondashuv 24,4% dan 15,8% gacha tarqalgan peritonitda operatsiya-dan keyingi o'limni kamaytirishga imkon beradi [211, 222, 316].

A.K.Konovalov va ko'pgina mualliflar A.I.Generalov tomonidan 1974- yilda bolalarda apendikulyar peritonitni davolashda tavsiya etilgan qorin bo'shlig'ini drenajlash uchun aspiratsiya usulini qo'llash natijalarini tahlil qildi [116]. Postoperatif intraperitoneal asoratlarning foizi (17,2% dan 9,7% gacha) kamayib boradi va so'nggi yillarda relaparotomiyalarning soni 10% dan 1,3% ga kamaydi [55, 84, 108], laparoskopiya, ultratovush tekshiruvi ostida intraperitoneal xo'ppozlar ponksiyasi, giperbarik oksigenatsiya, ichakni kvant stimulatsiya qilish, yopishqoq jarayonning oldini olish va bu barcha jarayonlar davolashning patogenetik usullari hisobiga sodir bo'ldi [8, 50, 59, 63, 204]. A.D.Magomedov o'z tadqiqotlarida bolalarda TAP va o'lim chastotasining sabablarini tahlil qildi. Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, 72,6% bolalarda peritonitning rivojlanishi keyinchalik

tibbiy yordam uchun murojaat qilingan. Poliklinikalar, tez tibbiy yordam, somatik, yuqumli va jarrohlik bo'limlari shifokorlari 160 (20,9%) bemorlarda diagnostika xatolariga yo'l qo'ygan. Bolaning 142 tasi (18,6%) ga boshqa tashxis qo'yilgan va shu diagnozlar bo'yicha uy sharoitida yoki shifoxonalarda davolandi. 123 ta (16,0%) bemorlarda peritonitning sababi bir qator sabablarning kombinatsiyasi edi. Kasalxonaga yotqizish va jarrohlik aralashuviga rozilik bermaslik 3 ta (0,4%) bolada peritonitga sabab bo'ldi [141, 142].

3570 bemordan murakkab bo'lmagan shakllar bilan 1 bola vafot etdi, o'lim darajasi 0,02% edi. Murakkab shaklga ega bo'lgan 765 bolalardan 13 bola (1,69%) vafot etdi, o'lim darajasi murakkab shakllarga qaraganda 80 marta ko'pdir. 13 bola yorilib tarqalgan peritonitdan vafot etdi, o'lim esa 5,3% edi. TAP. da bolalar o'limi asosiy sabablari jarrohlik paytida jarrohlik bo'limlariga bemorning kechikib murojaat qilishi, operatsiyadan oldin va operatsiyadan keyingi asoratlari, taktik va texnik xatolar, operatsiyadan keyingi davrda yetarli davolanmaslik oqibati edi [141, 223, 224].

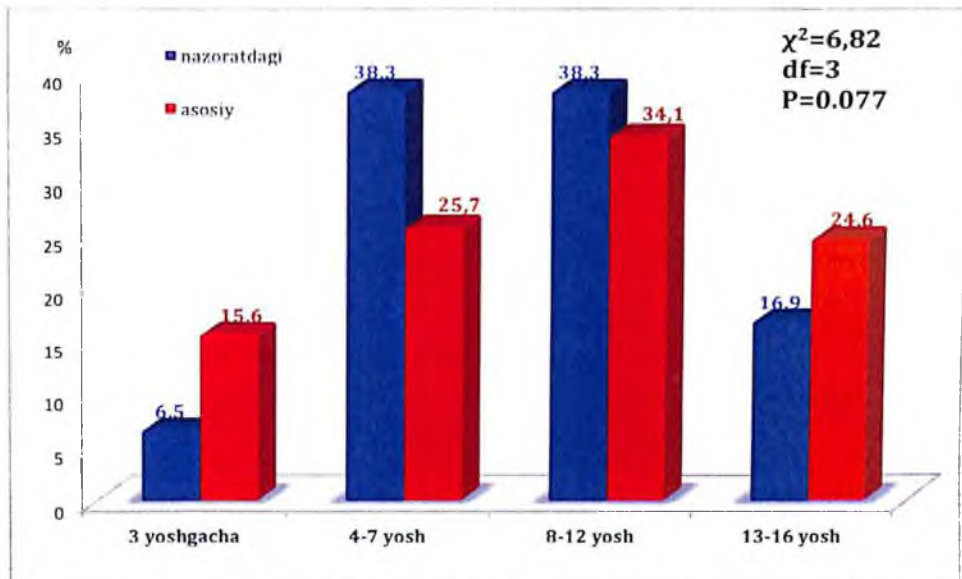
Klinik materiallarning xususiyatlari

Tadqiqot 1990-yildan 2014-yilgacha bo'lgan davrda Samarqand davlat tibbiyot institutining 2-klinikasi (bosh vrachi – t.f.d. J.A.Shamsiyev) asosida olib borildi. Tadqiqotga appendikulyar peritonit bilan kasallangan 154 qizni, shuningdek, o'tkir yallig'lanishli va jarrohlik kasalliklari bo'lmagan, nazoratni olib boruvchi guruhdagi 40 nafar qizni, qo'shimcha bo'lmagan elektektiv jarrohlik operatsiyasiga yotqizilganlarni tekshirish va davolash bo'yicha ma'lumotlar kiritilgan.

Mualliflar tomonidan ushbu toifadagi bemorlarni va barcha uch bosqichda (gacha-, intra va operatsiyadan keyingi) an'anaviy yondashuvdan sezilarli darajada farq qiluvchi TAP ni kompleks davolash usuli samaradorligini baholash amalga oshirildi. Ishlab chiqilgan usulning barcha tarkibiy qismlari O'zR ixtirolari uchun 6 ta patent ko'rinishida va kompleks yondashuv shaklida 1998-yildan buyon ushbu toifadagi bolalarni yuritish protokoliga kiritilgan. Shunga ko'ra, 1998-yildan 2014-yilgacha bo'lgan davrda operatsiya qilingan bemorlar asosiy guruhni tashkil etdi – bular 104 ta (67,5%) edi. Taqqoslash guruhiga 1990-yildan 1997-yilgacha operatsiya qilingan va an'anaviy yondashuvlar bo'yicha operatsiya qilingan va davolangan

50 ta (32,5%) bola kirdi. So'ralgan TAP bilan kasallangan qizlarning deyarli 2/3 qismi maktab yoshida bo'lgan (25-rasm).

Tekshirilgan bolalarda keng tarqalgan peritonitning barcha holatlari appenditsitning halokatli shakllari bilan bog'liq edi. Tarqalgan peritonitning sababi bu chastotaning asosiy va taqqoslash guruhida 88,5% va 82,0% bo'lgan chuvalchangsimon o'simtaning perforatsiyasi(teshilishi); boshqa hollarda peritonit flegmonik appenditsit fonida rivojlangan, bu bemorlarda, odatda, diffuz peritonit kuzatilgan.



25-rasm. TAP bilan kasallangan bemorlarning yoshiga qarab taqsimlanishi, %

Kasallarni appendikulyar peritonit tarqalishiga qarab taqsimlashda biz B.D.Savchuk tasnifidan foydalandik (1970), u qorinni 9 mintaqaga ajratadi ikkitadan ko'p bo'lmagan mintaqaga jarohatlanishining mahalliy jarayoni ikkitadan beshtagacha mintaqaga diffuz jarayon beshtadan ortiq mintaqaga tarqoq mintaqaga deb hisoblashni taklif qiladi [199].

Ushbu tadqiqot faqat kasallikning tarqalgan shakllari bo'lgan bolalarni o'z ichiga oladi: asosiy guruhdagi bolaning 53 tasi (50,6%) diffuz shakli va taqqoslash guruhidan 26 ta (52,0%), yorilgan peritonit bilan asosiy guruhdagi bolalarning 51 ta (49,4%) va 24 tasi (48,0%)

taqqoslash guruhlari. Bir-biri bilan taqqoslanadigan guruhlar kasallikning yoshi, tabiati va og'irligiga qarab ($P>0,05$) solishtirildi.

B.D.Savchukning umumiy tasnifiga ko'ra, peritonitning uch bosqichi mavjud: reaktiv, toksik va terminal.

Afsuski, TAP bilan og'rikan bemorlarning faqat o'ndan bir qismi kasallikning reaktiv bosqichida klinika kasalxonasiga yotqizildi, bu esa bolalarning o'tkir appenditsitini erta tashxislash va differentsial tashxislash nuqtayi nazaridan asosiy sog'liqni saqlash sohasidagi kamchiliklarni, shuningdek, ushbu dahshatli kasallikning klinik yo'nalishining o'ziga xos xususiyatlari haqida ota-onalarning xabardorligi yetarli emasligini ko'rsatadi.

Tadqiqot ishlariga faqat o'tkir appenditsitning birinchi belgilari boshlanishidan 2 yoki undan ko'p kun ichida rivojlanayotgan umumiy peritonitli bemorlar kiritilganligini hisobga olsak, asosiy guruhdagi bolalarning faqat 9 ta (6,5%) va 2 tasi (0,8%) taqqoslash guruhi kasallikning birinchi kunida murojaat qilishgan. Bemorlarning asosiy qismi 90,5% kasallik boshlanishidan 1 7 kun ichida klinikamizga yotqizilgan (4-jadval).

4-jadval

Kasallikning boshlanishiga qarab TAP bilan og'rikan bemorlarning taqsimlanishi

Kasallik muddati, kunlar kesimida	Asosiy guruh n=104		Taqqoslash guruhi n=50		χ^2	P
	Abs	%	a6c	%		
2 3	59	56,7	25	50,0	0,37	>0,05
4 7	39	37,5	22	44,0	2,20	>0,05
8 10	6	5,8	2	4,0	0,01	>0,05
>10	0	0,0	1	2,0	1,58	>0,05

O'tkir appenditsit rivojlanishining boshlanishidan bir hafta o'tgach, bemorlarning davolanish faktlari juda tashvishlidir, bu esa tibbiy yordamning turli bosqichlarida bolalarni jarrohlik yo'li bilan yordam berishni tashkil etish va amalga oshirishda bir qator muammolarni yuzaga keltiradi.

Shuni ta'kidlash kerakki, bemorlarning asosiy guruhida davolanishni kechiktirib boshlagan shaxslar mavjud bo'lib, biz tadqiqot metodologiyasi nuqtayi nazaridan bu holat guruhga

peritonitning shakli va tarqalishi kabi klinik jihatdan muhim mezonlarga nisbatan taqqoslash guruhiga hech qanday foyda keltirmaydi.

Tarqalgan appendikulyar peritonitli qizlarni operatsiyaga tayyorlash

Hozirgi bosqichda tarqalgan peritonit bilan operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning maqsadga muvofiqligi va zarurligi isbotlangan va muhokamalar mavzusi emas [118, 212, 250, 252].

Tarqalgan peritonit bilan operatsiyadan oldingi tadbirlar majmuasi ikki asosiy bosqichga bo'linishi mumkin:

diagnostika;

terapevtik-tuzatuvchi.

Shu bilan birga, jarrohga ushbu tadbirlar uchun ajratilgan vaqtning yetishmasligi bu jarayonni bir butun sifatida ko'rib chiqishga majbur qiladi, bu kasallikning tashxisini va birgalikda patologiyani terapevtik choralar bilan birlashtiradi [139, 213, 251, 324, 345, 346, 351].

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning diagnostik bosqichi yuqorida ko'rib chiqilgan peritonit tashxisiga qo'shimcha ravishda, birgalikda patologiyani va hayotiy funksiyalarning (nafas olish, yurak, ajratish faoliyati va boshqalar) buzilish darajasini aniqlash, shuningdek, gomeostazning buzilish darajasini aniqlashni o'z ichiga oladi. Barcha bemorlarda arterial va markaziy venoz bosim dinamikasini kuzatish, shuningdek, yurak faoliyatini tekshirish bo'yicha o'ta foydali Shtange va Genche namunasi bo'yicha elektrokardiografiyani amalga oshirish zarur [199, 237].

Bemorlarning tanasida ko'p qirrali buzilishlar yuzaga kelganda, operatsiyadan oldingi davrda terapevtik va tuzatuvchi terapiya ularning ahamiyatlilik darajasi bo'yicha chora-tadbirlar ketma-ketligini anglatadi [34, 46, 76, 196, 225]:

og'riq bilan kurashish;

oshqozon dekompressiyasi va iloji bo'lsa, yo'g'on ichak;

pH buzilishlarini bartaraf etish;

yurak-qon tomir kasalliklarini tuzatish;

diurez nazorati ostida suyuqlik tanqisligini suv bilan qoplash;

elektrolitlar muvozanatini tuzatish;

mikrosirkulatsiya buzilishlarini bartaraf etish;

protein buzilishlarini tuzatish;

antibakterial terapiya;
parenximatoz organlar (jigar va buyraklar) ning funksiyasini yaxshilashga qaratilgan terapiya;
antiferment davolash;
operatsiyadan oldin darhol dori-darmonlarni tayyorlash (premedikatsiya).

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning davomiyligi bemor ahvolining og'irligiga va kasallikning davomiyligiga bog'liq, ammo umuman 1 dan 4 soatgacha davom etadi. Oshqozon dekompressiyasi soda eritmasi bilan yuvish hamda qalin prob orqali uning tarkibini aspiratsiyalash orqali amalga oshiriladi. Yo'g'on ichakda yallig'lanish va desstruktiv jarayonlar bo'lmasa, bemorda tozalash huqnasi amalga oshirilishi kerak [237, 257, 271, 284, 340].

Antibakterial terapiya bemorni kasalxonaga qabul qilishning dastlabki soatlaridan boshlab amalga oshiriladi va keng spektrli antibiotiklarning maksimal dozalarini, metranidazol preparatlarini mushak ichiga va tomir ichiga yuborish imkonini beradi [89, 219, 242, 261].

Metabolik atsidozni, mikrosirkulatsiyaning buzilishlarini, yurak-qon tomir kasalliklarining [196], suv-elektrolitlar muvozanatini, oqsil buzilishlarini bartaraf etish operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning asosiy komponenti - oqsil, reologik tuz eritmaları va qon preparatlari infuziyalari orqali amalga oshiriladi [82, 83, 41, 67, 234]. Ushbu tadbirga bo'lgan ehtiyoj, shuningdek, ichakning suyuqlik transudatsiyasi va qorin bo'shlig'iga ekssudatsiya qilish, uni "uchinchi bo'shliq"ga yo'qotish natijasida gipovolemiyaning oshishi bilan bog'liq. Natijada, bemorda hujayradan tashqari suvsizlanish rivojlanadi. Ichakda plazma paydo bo'ladi, shu jumladan deyarli barcha protein fraksiyalari. Ichak devoridagi mikrosirkulatsiyaning buzilishi tufayli teskari assimilatsiya jarayoni to'xtaydi. Suyuqlik, oqsil va elektrolitlar yo'qotilishi muhim miqdorlarga erishishi mumkin. Ushbu davrda infuzion terapiya yuqori sur'atlarda intensiv terapiya xonasida bir vaqtning o'zida 2-3 venoz tomir orqali amalga oshirilishi kerak [42, 67, 86, 123].

Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik organizmning hayotiy funksiyalarini normallashtirishga qaratilgan barcha kerakli individual tuzatuvchi terapiyani o'z ichiga olishi kerak. Shu bilan birga, gemodinamika, suv-elektrolitlar muvozanati va KOH (kislota-asos

holati) buzilishlarini cheklangan vaqt ichida optimal tuzatish operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni amalga oshirish mumkin emas. Shuning uchun, markaziy venoz bosim va arterial bosim darajasini oshirish, yurak urish tezligini kamaytirish va diurezni oshirish kifoyadir. Bunday hollarda prognoz juda shubhali bo'lsa-da [227], belgilangan vaqt davomida, gemodinamika va buyrak funksiyasi yaxshilangan bo'lmasada, operatsiyani kechiktirish kerak emas. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning asosiy vazifasi endotoksik va gipovolemik (eksikoz) shok bilan kurashishdir [248, 252, 254, 280].

K.V.Kostyuchenko va hammualliflar tarqalgan appendikulyar peritonit etiologiyaning va unga bog'liq ichak tutilishi bilan og'rigan bemorlarning jarrohlik holatining xususiyatlarini aniqladi va relaparotomiyalarning maqsadga muvofiqligi va davolash natijalari bilan bemorlarning og'irligini o'rganib chiqdi va ichak tutilishining oldini olish choralarini ishlab chiqdi [123]. Jiddiy metabolik kasalliklar va ko'pincha tananing hayotiy funktiyalarini sub- yoki dekompensatsiyalash tufayli, umumiy peritonitli barcha bemorlar operatsiyadan oldingi tayyorgarlikka bo'sunadilar. Uning xarakteri, intensivligi va davomiyligi jarayonning tarqalishi, uning bosqichi va intoksikatsiya sindromining og'irligi bilan belgilanadi [186, 292]. Odatda, anesteziolog-reanimatologlar nafaqat murakkab diagnostika muammolari majmuasini, balki intensiv dori-darmonlarni ham hal qilishlari kerak. Bemorni davolash natijasi asosan ushbu tadbirlarni amalga oshirishning ahamiyatiga bog'liq [149, 196]. Tarqalgan peritonit bilan og'rigan bemorlarni operatsiyadan oldin tayyorlashning so'nggi bosqichi behushlik uchun tayyorgarlik sifatida premedikatsiya hisoblanadi.

Taqqoslash guruhida tarqalgan peritonitning tashxisi operatsiya xonasida qisqa muddatli tayyorgarlik bilan favqulodda aralashuvga ko'rsatmadir.

Bizning fikrimizcha, bola organizmi gomeostazining sezilarli buzilishi sharoitida TAP uchun qisqa muddatli infuzion terapiya bilan darhol jarrohlik aralashuvi jiddiy taktik xatodir. Bolalar organizmida muqarrar ravishda rivojlanayotgan endotoksemiya kabi eng og'ir patologik sharoitlar, tizimli yallig'lanish javob sindromi jarrohlik stressining ta'siri ostida kuchayishi mumkin. Shuning uchun, bolalar kompensatsiya qilingan gipovolemik shokni dekompensatsiyalangan va potensial qaytarilmaslikka aylantirish xavfi yuqori.

Bolalarda TAP da endotoksikoz, enteral yetishmovchilik va paralitik ichak tutilishining mavjudligini hisobga olgan holda, gipovolemiyani to'ldirish va gemodinamika jarayonlarini barqarorlashtirish, kislota-asosli holat, suv-elektrolitlar almashinuvi va tana harorati subfebril raqamlardan oshmadi. Antibakterial terapiya 3 avlod sefalosporinlarni aminoglikozidlar va metronidazol bilan birgalikda TAP tashxisi qo'yilgandan so'ng boshlandi. TAP tashxisi qo'yilgandanoq davolashni aminoglikozidlar va metronidazol bilan birgalikda 3- avlod sefalosporinlarni qo'llash orqali antibakterial davo boshlandi.

Yuqoridagi fikrlarga asoslanib, o'tkir appenditsitning murakkab shakli aniqlanganidan keyin asosiy guruhning barcha bolalari reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limida kasalxonaga yotqizildi. Ushbu bolalarda normal to'qimalar perfuziyasini ta'minlash uchun yetarli miqdorda intravaskulyar suyuqlikni saqlashga qaratilgan infuzion terapiyani o'tkazdilar; kislota-asosli, elektrolitlar muvozanati, qondagi gazlarni va gemostaz balansi ta'minladi.

Ushbu yondashuvning asosiy ahamiyati shundaki, bolalar yoshi katta insonlarga nisbatan gipovolemiyani bartaraf eta oladi, chunki ular yurakning ta'sir hajmini sezilarli darajada oshira olmaydi, buning natijasida yurak tezligi kompensatsion ravishda oshadi. Shuning uchun, bolalar kompensatsiya qilingan gipovolemik zarbani dekompensatsiyalangan va potensial qaytarilmaslikka aylantirish xavfi yuqori.

Bolalarda operatsiyadan oldingi infuzion terapiyaning hajmi va xususiyatini tubdan qayta ko'rib chiqishga undovchi yana bir muhim jihat shundaki, ularda kattalarga nisbatan glyukoza almashinuvi 3 4 marta ko'proq [150, 331, 342], gipoglikemiya, hatto qisqa muddatlisi ham qaytmas tiklanmaydigan miya shikastlanishiga olib kelishi mumkin.

Reanimatsiya bo'limidagi bemorlarning asosiy guruhida asosiy hayotiy belgilar (ong darajasi, yurak urishi, qon bosimi, terining rangi va harorati, kapillyarlarni to'ldirish vaqti, periferik arteriyalarda pulzni to'ldirish va soatlik siydikni doimiy klinik va laboratoriya nazorati) amalga oshiriladi; 20 30 daqiqa davomida 30 minut tanaffus bilan 1 daqiqada 2 5 litr namlangan isitilgan kislorod yetkazib berish orqali markaziy tomirni kateterizatsiya qilish va kislorod terapiyasini amalga oshirish, me'da tarkibidagi doimiy aspiratsiya va aspiratsiya sindromining oldini olish uchun nazogastrik naycha o'rnatiladi (26-rasm).

Operatsiyadan oldin gipovolemiya va dehidratsiyani bartaraf etish infuzion terapiya orqali amalga oshirildi, uning asosiy vazifalari quyidagilardir:

gemodinamika ko'rsatkichlarini qon aylanishni tiklash yo'li bilan me'yorlashtirish;

tananing tarmoqlari (hujayra ichidagi, interstetsial va qon tomir o'rtasida dinamik suv-elektrolitlar muvozanatiga erishish);

mikrosirkulatsiyani takomillashtirish va to'qimalarga kislorod yetkazib berish;

yallig'lanish mediatorlari va endotoksinlar konsentratsiyasining pasayishi;

qon plazmasining kolloid-osmotik bosimining optimal qiymatini saqlab qolish;

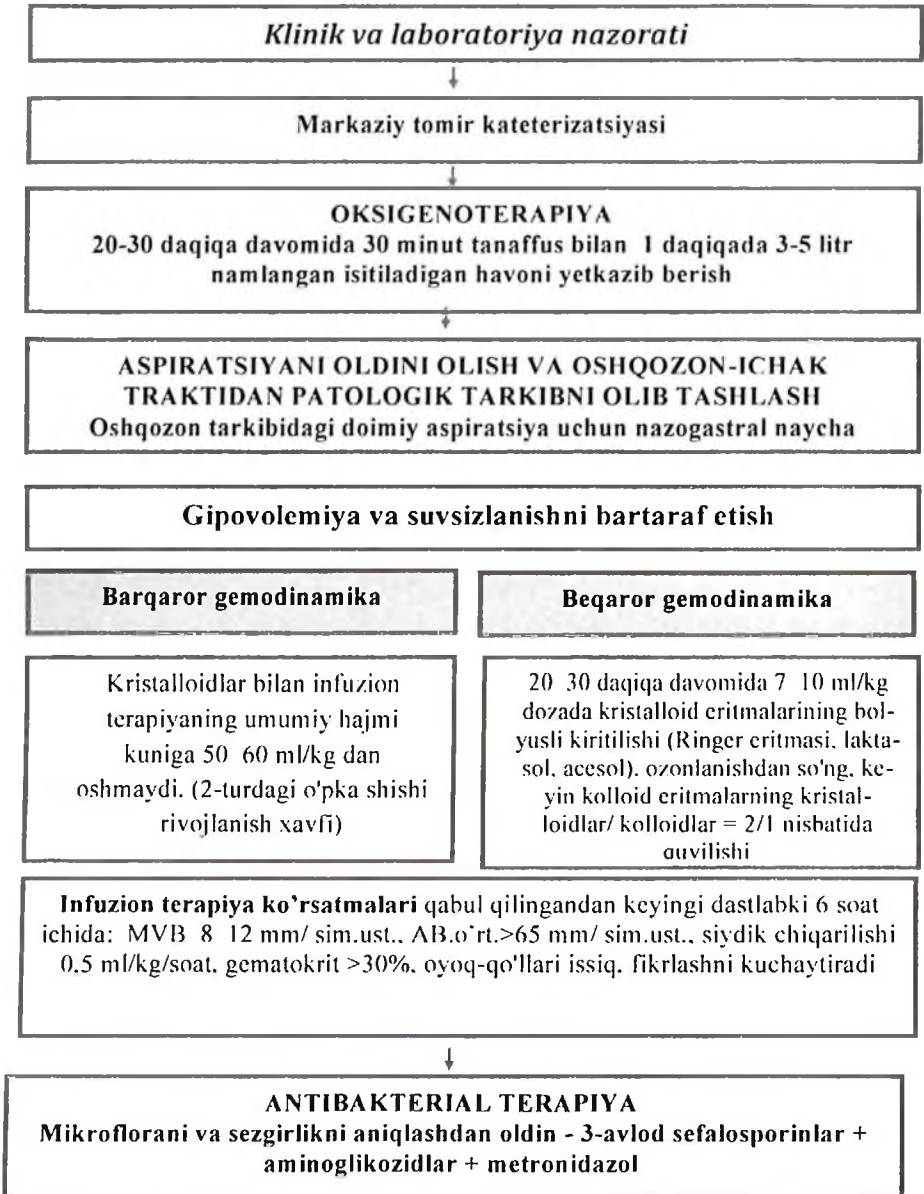
siydik chiqarishni rag'batlantirish.

Operatsiyadan oldingi suyuqlik tanqisligi to'plangan anamnezlar – ya'ni jismoniy tekshiruvlar natijasida aniqlanadi; gemodinamikaning asosiy ko'rsatkichlari (yurak urish tezligi, qon bosimi, markaziy venoz bosim), diurezni nazorat qilish (oliguriya bilan 0,5 ml/kg/s dan kam siydikning kamayishi suvsizlanish yoki kam gemodinamikaning belgisi), laboratoriya qon tekshiruvi (gemoglobin, gematokrit, elektrolitlar, karbamid, kreatinin), siydikda o'ziga xos og'irlik va natriy konsentratsiyasi asosida hisoblab chiqilgan. Shunday qilib, quruq teri va shilliq pardalar 5% da suyuqlik yetishmovchiligi borligi aniqlandi. Ekstremitat (qo'l-oyoqlar)larning sovuq distal qismlari, turgorning yo'qolishi, cho'kib qolgan ko'z olmasi va oliguriya 10% yetishmovchiligidan darak beradi. Arterial gipotenziya bilan og'rigan bemor, og'riqqa munosabat bildirmasdan, suyuqlik yetishmovchiligining 15 foiziga ega.

Boshlang'ich yetishmovchilikni qoplash uchun zarur bo'lgan hajm 10 ml/kg ga ko'paygan foiz sifatida hisoblab chiqilgan. 8 12 soatlik protokolga muvofiq ajratilgan vaqt, odatda, operatsiyadan oldin suyuqlik yetishmovchiligini bartaraf etish uchun yetarli bo'ladi. Infuzion terapiyani o'tkazishda biz quyidagi ko'rsatkichlarning maqsadli ko'rsatkichlariga (qabul qilinganidan keyingi dastlabki 6 soat ichida) tezda erishishni maqsad qildik: ЎБД 8 12 mm. sim.ust. $\text{AB} > 65$ mm/sim.ust., siydik chiqarilishi 0,5 1,0 ml/kg/soat, gematokrit $> 30\%$, oyoq-qo'llari iliq, ong darajasi oshgan. Infuziya 7 10 ml/kg dozasi kristalloid eritmalarini (Ringer eritmasi, laktasol, asezol) 20 30 daqiqa davomida bolus bilan boshlandi, keyinchalik

Monografiya

kolloid eritmaları 2/1ga teng bo'lgan kristalloidlar/kolloid nisbatida qo'llanila boshlandi.



26-rasm. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik algoritmi

TAP bilan kasallangan qizlarni jarrohlik va intraoperativ intensiv yo'l bilan davolash

Gemodinamikani, kislota-asosli holatni, suv-elektrolitlar almashinuvini kompensatsiya qilish va barqarorlashtirishga erishilganda va tana harorati subfebril raqamlardan oshmasa, yetarli darajada operatsiyadan oldingi tayyorgarlikdan so'ng jarrohlik amaliyotini qo'llash boshlandi.

Intra- va operatsiyadan keyingi infuzion terapiya. Suyuqlik yo'qotilishini hisobga olish siydik miqdori, ichak harakatlari, qayd qilishdagi massa va oshqozon zondidan ajralib chiqqan suyuqlik miqdorini o'lchash orqali amalga oshirildi. Shunday qilib, yo'qotilgan suyuqlik miqdoriga 45% nafas olish havosi (15%) va tana yuzasidan bug'lanish (30%) orqali perspiratsiya qo'shildi.

Perioperatif infuziya hajmini aniqlashda bir nechta omillar hisobga olingan: asosiy (fiziologik) ehtiyojlar, operatsiyadan oldingi suyuqlik yetishmovchiligi; "uchinchi bo'shliq"da yo'qotish; qon yo'qotish; transkellular suyuqlik yo'qotilishi. Suyuqlikka bo'lgan asosiy (fiziologik) ehtiyojlar quyidagicha hisoblab chiqilgan: tana og'irligi 10 kg dan kam bo'lsa: 100 ml/kg; 11 dan 20 kg gacha bo'lgan vaznda: har bir kg uchun 1 l + 50 ml 10 kg dan ortiq; tana og'irligi 20 kg dan ortiq: har bir kg uchun 1,5 l + 20 ml 20 kg dan ortiq.

TAP ning markaziy patogenetik aloqalaridan biri, ma'lumki, "uchinchi bo'shliq"da suyuqlikni yo'qotishdir. Bunday ichki yo'qotishlar yoki ichak parezi fonida va qorin bo'shlig'iga oshqozon-ichak trakti hujayra tashqari suyuqlik vaqtinchalik sekvestratsiyasi ekssudat ko'rinishida nofunktsional bo'sh joy shaklida namoyon bo'ladi Shunday qilib, interstitsial va intravaskulyar suyuqlikdan farqli ravishda suyuqlik mikrosirkulyator darajasida dinamik suv almashinuvida qatnasha olmaydi. "Uchinchi bo'shliq"da zararni qoplash 10 ml/kg/soat miqdorida amalga oshirildi.

Infuzion terapiyaning yo'nalishlaridan biri katabolizm holatida bo'lgan bola tanasining plastik va energiya ehtiyojlarini qondirishdir. Agar bolada operatsiyadan keyin uch kundan ortiq vaqt davomida tabiiy ravishda oziq-ovqat iste'mol qilishi qiyin bo'lsa, uning qon aylanishi barqarorlashtirilgandan so'ng darhol parenteral ovqatlantirish buyuriladi. Keyinchalik enteral ovqatlanishga o'tishiga imkon qadar tezroq harakat qilinadi [49, 171, 342, 349]. Asosiy

guruhdagi barcha bemorlar ozonlangan kristalli eritmalardan foydalanganlar.

Antibakterial terapiya bemorlarning o'rganilayotgan guruhlarida turli sxemalar bo'yicha amalga oshiriladi. Shunday qilib, taqqoslash guruhida bolalarga antibiotiklarni qo'llash jarrohlik paytida boshlanadi, odatda penitsillin + aminoglikozidlar guruhlarini kiritildi. Keyinchalik antimikrobial terapiyani tuzatish floraning sezuvchanligiga qarab amalga oshiriladi [191, 324, 352].

Bemorlarning asosiy guruhida antibakterial terapiya 2 avlod sefalosporinlarni aminoglikozidlar va kinolonlar (metronidazol) bilan birgalikda TAP tashxisi qo'yilgandan so'ng boshlanadi. Ushbu ampirik antibakterial terapiya mikrofloraning sezgirliigi uchun test natijalarini olgunga qadar davom etadi, undan keyin kerak bo'lganda antibakterial davolanishni tuzatish amalga oshiriladi.

Quyidagi sxema bo'yicha bemorlarning asosiy guruhida *maqsadli davolash* quyidagi sxema tarzida o'tkaziladi:

1. 5 8 daqiqada 5 mg/l dozasi ozon-kislorod aralashmasi bilan qorin

bo'shlig'ining intraoperativ ozonlanishi;

2. Operatsiyadan keyingi davrda ozon-kislorod aralashmasining kuniga 5 daqiqa davomida mikroirrigator orqali fraksionel kiritilishi, faqat 3 seans;

3. Operatsiyadan keyingi 3-4- kunida ultrafonoforez "Iruksol" yoki kollazinli elektroforez old qorin devoriga buyuriladi va ichkariga kuprenil yuborish buyuriladi.

Ultrafonoforez uchun UTP-1 (Rossiya) apparati 880 kHz chastotasida, soniyada 1 impuls rejimida, 0,4 Vt/sm² intensivligida ishlatilgan. Elektroforez quyidagi tarzda amalga oshirildi 500 ml 10% natriy xlorid eritmasida 0,9 % kollalizinni eritib, operatsion yaraga yaqin joyda joylashtirilgan ijobiy elektrod bilan muolaja qilinadi. 0,03 0,08 MA/sm² oralig'idagi oqim bolaning yoshiga qarab aniqlanadi. Birinchi seans 15 daqiqa davom etadi. Keyingi seanslar 3 5 daqiqaga oshdi va 30 35 daqiqagacha yetkaziladi. Muolaja kursi 10 12 seans. Kuprenil quyidagi dozalarda 10 kun davomida og'iz orqali buyuriladi: 5 yoshgacha bo'lgan bolalar 0,15 g; 5 yoshdan 12 yoshgacha 0,3 g; 12 yoshdan kattalarga bir vaqtning o'zida 0,45 g.

TAP bilan kasallangan qizlarda jarrohlik kirish yo'lini tanlash

TAP bilan kasallangan bemorlar uchun jarrohlik aralashuvi quyidagi bosqichlardan iborat:

- 1) operatsion kirishni amalga oshirish;
- 2) qorin bo'shlig'ini tekshirish, chuvalchangsimon o'simtani tekshirish, peritonit-ning tarqalishi va xarakterini baholash;
- 3) asosiy bosqich – appendektomiya;
- 4) katta charvi rezeksiyasi;
- 5) qorin bo'shlig'ini qayta ko'rib chiqish va sanatsiya qilish, shu jumladan qo'shimcha yiringli o'choqlar;
- 6) ichak parezining ko'rinishini baholash va ichak dekompressiyasini tanlash;
- 7) qorin bo'shlig'ini drenajlash;
- 8) operatsiyadan keyingi jarohatni tiklash.

Ma'lumki, ushbu bosqichlarning har biri jarrohlik amaliyoti jarayonida juda muhim va hal qiluvchi ahamiyatga egadir. Shuning uchun, bu ishning asosiy maqsadiga amal qilgan holda quyidagilarni eng muhim jarayon deb, bolalarda TAP jarrohlik davolash natijalarini yaxshilash, biz, tanqidiy tahlildan so'ng, to'plangan ko'p yillik klinik malakalar natijasi o'laroq, ushbu tadqiqot doirasida, bola yoshidagi og'ir ahvoldagi bemorlarning davolanishida deyarli barcha bosqichlarini yaxshilashga harakat qildik. Ma'lumki, ushbu bosqichlarning har biri bemor bola sog'ayishida muhim o'rin egallaydi.

Xususan, bemorlarning asosiy guruhida (1998 yildan 2014 yilgacha) 104 nafar RAP bilan kasallangan qizlarda operativ kirish imkoniyatini tanlashga bo'lgan yondashuvimiz, diffuz peritonit uchun o'rta chizikli kesmani talab qiladigan jarrohlikda an'anaviy ravishda o'rnatilgan postulatdan tubdan farq qiladi.

Taqqoslash guruhining barcha bemorlari (n=50), bosqichdan hamda TAP tarqalishidan qat'iy nazar, faqat o'rta laparotomiya ishlatilgan.

O'rta laparotomiyaning afzalligi shundaki, bu usul:

qorin bo'shlig'ining barcha qismlarini ko'rish uchun yetarli imkoniyatni ta'minlaydi, lokalizatsiya xo'ppozlarini aniqlash va yo'q qilish imkonini beradi;

to'qimalarning shikastlanishini pasaytiradi, manipulatsiyani osonlashtiradi, shu jumladan dekompression problar, drenajlarni o'rnatish;

qorin bo'shlig'ining barcha qismlaridan yiringni aspiratsiyalashga imkon beradi, qorin bo'shlig'ini sanatsiya qilish uchun eng yaxshi sharoitlarni ta'minlaydi;

operatsion brigada ishini osonlashtiradi.

Shu bilan birga, to'plangan tajriba bolalarda medial laparotomiyaning ba'zi kamchiliklarini aniqladi:

operatsiya vaqtini sezilarli darajada uzaytiradigan va chok materialining iste'molini oshiradigan mehnat zichligi;

kesish zonasida yiringlash, eventratsiya, ligatur fistulalari, operatsiyadan keyingi ventral churra, bir nechta yopishqoq kabi jarohat asoratlarini rivojlanish

xavfi yuqori;

operatsiyadan keyingi og'riq sindromining davomiyligiga olib keladigan yuqori travmatizm;

uzoq muddatli ichak pareziga yordam beradi;

bolaning motor faoliyatini uzoq vaqt davomida cheklaydi;

jiddiy kosmetik muammolar bilan bog'liq. Shu bilan birga, to'plangan tajriba bolalarda medial laparotomiyaning ba'zi kamchiliklarini aniqladi, :

operatsiya vaqtini sezilarli darajada uzaytiradigan va chok materialining iste'molini oshiradigan mehnat zichligi;

kesish zonasida yiringlash, eventratsiya, ligatur fistulalari, operatsiyadan keyingi ventral churra, bir nechta yopishqoq kabi jarohat asoratlarini rivojlanish xavfi yuqori;

operatsiyadan keyingi og'riq sindromining davomiyligiga olib keladigan yuqori travmatizm;

uzoq muddatli ichak pareziga yordam beradi;

bolaning jismoniy faoliyatini uzoq vaqt davomida cheklaydi;

jiddiy kosmetik muammolar bilan bog'liq.

O'rta chiziq laparotomiyasining yuqoridagi salbiy tomonlari mavjudligi bizni TAP bilan og'riq bolalarda jarrohlik usulini tanlash bo'yicha an'anaviy yondashuvlarni Volkovich-Dyakonovga ko'ra o'zgaruvchan kesma ko'rsatkichlarini sezilarli darajada kengaytirish foydasiga qayta ko'rib chiqishga undaydi, bizning fikrimizcha, ushbu toifadagi bemorlarga jarrohlikning barcha asosiy bosqichlarini amalga oshirish uchun zarurat mavjud:

o'ng yonbosh mintaqada kirish proeksiyasida peritonit manbai va eng aniq yallig'lanish hodisalari zonasi mavjud;

kirish, agar kerak bo'lsa, bolaning qorin bo'shlig'ida ko'proq ko'rish va erkin manipulatsiya qilish uchun yuqoriga va/yoki pastga kesishni kengaytirish imkonini beradi;

o'rtacha laparotomiya bilan solishtirganda kesishning yanada maqbul

kosmetik oqibatlarini.

Volkovich-Dyakonovning o'zgaruvchanligi biz tomondan asosiy guruhdagi 104 bemorda ishlatilgan va barcha holatlarda keng tarqalgan peritonit manbasini yetarli darajada yo'q qilish va qorin bo'shlig'ining barcha qismlarini to'liq sanitariya holatiga o'tkazmasdan o'tkazish mumkin edi.

TAP bilan og'rigan qizlarda appendektomiya usullari va qorin bo'shlig'ining sanatsiya xususiyatlari

Operatsiyaning asosiy bosqichi, aynan appendektomiya amalga oshirilganda, biz, albatta, kerakli tartibda o'simtaning briyeykasini tikamiz va qo'shimchani kultiga ligaturani invaginatsion usulda kisset va Z shaklidagi chok yordamida qayta ishlashga harakat qilamiz.

Biroq, bolalarda rap sharoitida biz ko'pincha ko'r ichak gumbazining aniq yallig'lanish jarayonida ishtirok etishni qayd etdik, bu esa appendiks stumbini ishonchli tarzda yo'q qilishga imkon bermadi. Bundan tashqari, appendikostomiya va sekostomiyani amalga oshirishda, yosh bolalarda jarroh o'zini qo'shimchani qayta ishlashning ligatura usuli bilan cheklab qo'ydi. 2 (1,92%) holatda, operatsiya davomida yiringli muhitda chugalchangsimon o'simtaning to'liq erib ketishi aniqlandi (5-jadval)

5-jadval

TAP, n=104 bo'lgan bolalarda ishlatiladigan appendektomiya usullari

Appendektomiya usuli	Bemorlar soni	
	Abs.	%
<i>Kiritish usullari</i>	31	29,8
<i>Ligaturali, shu jumladan:</i>	71	68,3
<i>tiflit tufayli</i>	61	58,5
<i>appendikostomani chiqarish munosabati bilan</i>	7	6,7
<i>sekostomani chiqarish munosabati bilan</i>	3	3,1
<i>Appendiksni lizisi</i>	2	1,9

TAP manbasi bartaraf etilgandan so'ng, amaliyotning keyingi muhim bosqichiga o'tiladi – qorin bo'shlig'ini qayta ko'rib chiqish va sanatsiya qilish. Qorin bo'shlig'ini yuvish bo'yicha yondashuvlarimizni tizimlashtirishdan oldin, jarrohlar o'zlarining fikrlariga asoslanib, bemorlarni taqqoslash guruhida turli xil moddalar – fiziologik eritma yoki antiseptik eritmalar – 2 dan 15 litrgacha bo'lgan hajmda, qorin bo'shlig'idan toza suv chiqqunicha yuvish uchun foydalanganlar. Qorin bo'shlig'ini sanatsiya qilish maksimal yoshga bog'liq dozasida antibakterial preparatlarni qo'llash bilan yakunlandi. Keyinchalik operatsiyadan keyingi davrda peritoneal lavaj 3 6 kun davomida qoldirilgan drenaj quvurlari orqali amalga oshirildi.

Ushbu toifadagi bemorlarda intravenoz antibakterial terapiyada antiseptiklar va antibiotiklarning katta dozalarini qo'llash maqsadga muvofiqligini biz bir necha sabablarga ko'ra shubhali deb hisoblaymiz. Qorin bo'shlig'ini yuvish vaqtida dorining ta'sir qilish muddati istalgan natijaga erishish uchun yetarli emas. Tizimli foydalanishda katta miqdorda infuzion antiseptik eritma va yuqori dozali antibakterial preparat mahalliy va umumiy toksik ta'sirining rivojlanish xavfi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ko'pchilik antibakterial preparatlar to'qimalarning parchalanishi mahsulotlari, bakterial toksinlar va fermentlar bilan o'zaro ta'siri natijasida yiringli bo'shliqda yo'q qilinadi [343]. Antibiotiklardan mahalliy foydalanish mikroorganizmlarda qarshilik shakllanishiga olib keladi: infeksiya markazida va atrofidagi to'qimalarda dori optimal bakteritsid kontsentratsiyani yaratish imkonini bermaydi [104, 160, 332].

Eng zamonaviy antibiotiklar (sefalosporinlar, karbapenemlar, xinolonlar va boshqalar) ishlab chiqaruvchi tomonidan belgilangan dozalarda vena qon tomiridan yuborish orqali organlar va to'qimalarga yaxshi singib, ularda yetarli terapevtik konsentratsiyalar hosil qiladi, shuning uchun ularni to'g'ridan - to'g'ri infeksiyon markaziga yuborish talab qilinmaydi. Bundan tashqari, rivojlangan farmakokinetik xususiyatlarga ega bo'lgan zamonaviy makrolidlar to'qima yo'nalishiga va infeksiya o'choqlarida maksimal konsentratsiyani hosil qilish qobiliyatiga ega. Shunday qilib, o'nlab va yuzlab marta to'qimalarda azitromitsin konsentratsiyasi zardobdan (masalan, bronxial shilliq qavatida – 240 marta va alveolyar epiteliy suyuqligida 80 marta) oshib, 5 7 kun davomida yuqori darajada

saqlanadi. Bundan tashqari, azitromitsin hujayralarga yaxshi singadi (jumladan, epiteliotsitlar, makrofaglar, fibroblastlar va boshqalar) va qonda konsentratsiyadan 1200 marta ko'p bo'lgan uzoq muddatli hujayra ichidagi konsentratsiyalarni hosil qiladi. Eng katta birikma qon hujayralari (neytrofillar, monotsitlar) va to'qimalar (alveolyar makrofaglar) lizosom membranalarining fosfolipid qatlamida qayd etiladi. Azitromitsin bilan to'yingan fagotsitlar uni infeksiya o'chog'iga transportirovka qiladi, bu jarayon bakteriyalar tomonidan xemotoksik omillar ta'siri ostida migratsiya orqali yuqumli yallig'lanish markaziga olib boradi, bu yerda antibiotikning sog'lom to'qimalarga qaraganda yuqori konsentratsiyasini hosil qiladi va konsentratsiya darajasi yallig'lanish shishining ko'rinishi bilan bog'liq. Makrofaglar, neytrofillar va monositlardan ozod bo'lish fagotsitoz jarayonida bakterial stimullar ta'siri ostida yuzaga keladi [85, 350], bu hujayra ichidagi patogenlar uchun juda muhimdir.

Antibiotiklarni intravenoz tarzda qo'llash ularning farmakokinetikasini taxmin qilish juda qiyin bo'lsa, turli bemorlarda qon zardobi va infeksiya markazida preparatning konsentratsiyasini taxmin qilish mumkin emas preparatning tarkibi subterapevtik bo'lishi mumkin (bu terapiyaning samarasizligiga va patogenlarda qarshilik rivojlanish xavfiga olib keladi) yoki toksik bo'lishi mumkin.

Yuqoridagi fikrlarni hisobga olgan holda, asosiy bolalar guruhida qorin bo'shlig'ini yuvish va antibakterial preparatlarni intravenoz qo'llash amaliyotidan voz kechdik va sanatsiyani "quruq yo'l" bilan amalga oshirdik. Qorin bo'shlig'ining barcha qismlari elektrootsos va gazli yiringli eksudatdan yaxshilab quritildi. Yaradan chiqarilgan ingichka ichakning ileosekal burchakdan Treyst bog'lamiga qadar barcha qismlari fibrinoz va yiringli qatlamidan mexanik ravishda tozalanib, ichak qovuzloqlari aro abseslar ochildi va quritildi. Xuddi shu tarzda, yon cho'ntaklar, subdiafragmal va jigar osti bo'shliqlari, kichik tos bo'shlig'i drenajlanadi, undan keyin qorin bo'shlig'i ozon-kislород aralashmasi bilan 5 daqiqa davomida ozonlanadi.

TAP bilan kasallangan qizlarda oshqozon-ichak trakti dekompressiyasiga yondashuvlar

Oshqozon-ichak trakti dekompressiyasi bolalarda TAPni jarrohlik davolashning majburiy komponenti bo'lib, ichak va qorin bo'shlig'ining bosimini yo'qotish, toksik ichak tarkibini doimiy aspiratsiya va sanatsiya qilish, devor mikrosirkulatsiyasini yaxshilash,

shu bilan ichak harakatining tezkor tiklanishini ta'minlashga qaratilgan. Biz klinikamizda bolalardagi TAP da ingichka ichakning nazointestinal intubatsiyasini qo'llamaymiz. Barcha 154 bemorlarda oshqozon-ichak trakti dekompressiyasining asosiy usuli sifatida biz ichak peristaltikasining paydo bo'lishidan keyin darhol operatsiyadan keyin olib tashlangan nazogastral probni o'rnatdik. Oddiy oshqozon zond yordamida dekompressiyani tanlash bizning afzalliklarimiz gidrodinamika qonunlari bilan oqlanadi. Zond bilan oshqozonni bo'shatganda, shishgan va peristaltik bo'lmagan ichakning tarkibi ichak trubasining proksimal va distal qismlarida paydo bo'lgan bosim farqi tufayli oshqozonga oqib chiqadi. Shunday qilib, oshqozon naychasi peristaltikani tiklashdan oldin ortiqcha ichak bosimini va turg'unlikni bartaraf etishi mumkin.

Oshqozon zondining o'rnatilishidan farqli o'laroq, o'n ikki barmoqli ichakning va Treysts boylamining anatomik xususiyatlari tufayli bolalarda nazointestinal probni o'tkazishning keng tarqalgan texnik qiyinchiliklari mavjud. Bundan tashqari, oshqozon-ichak traktining yuqori qismlarida zondning uzoq muddat turishi bilan oshqozon, qizilo'ngach va ichak mikroflorasining infeksiyasi sodir bo'ladi. Duodenogastral va ezofageal reflyuks, oshqozon gipersekretsiyasi yuzaga keladi, bu esa eroziya-yarali gastroduodenit va ezofagitning rivojlanishiga olib keladi [253, 334]. Transnazal intubatsiya paytida va operatsiyadan keyingi davrda traxeobronxial daraxtning infeksiyasi, shuningdek, burun yo'llarida zondning mavjudligi va traxeyaga yaqinligi tufayli tashqi nafas olishning buzilishi o'pka asoratlarning tez-tez paydo bo'lishiga olib keladi. Burun enteral drenaj asoratlari burundan qon ketishi, burun qanotlari nekrozi, rinit, sinusit, otit, , laringit, ovoz paylarining parezi, laringostenoz, dekubit va qizilo'ngach devoridan qon ketishlar bo'lishi mumkin [347]. Shunday qilib, 5240 bemorlarning davolash natijalarini umumlashtirgan holda meta-tahlil natijalariga ko'ra, rejalashtirilgan va shoshilinch jarrohlik operatsiyalaridan so'ng oshqozon problaridan muntazam foydalanish samarali bo'ladi: ichak probisiz bemorlarda ichak funksiyasining avvalgi tiklanishi ($p < 0,001$), o'pka asoratlari ($p=0,01$), yara infeksiyasi ($p=0,22$) ventral churra ($p=0,09$); anastomozlar va boshqa asoratlarning sezilarli farqi yo'q edi [300].

Shu bilan birga, nazogastral probni majburiy o'rnatish bilan bir qatorda, ichak parezi bilan og'rigan bemorlarda cheklangan ko'rsatmalarga ko'ra, yo'g'on ichakning yoki ingichka ichakning uzoq muddatli retrograd intubatsiyasiga murojaat qildik.

Ingichka ichakning uzoq muddatli dekompressiyasi appendikostomiya yoki sekonostomiya orqali amalga oshirildi, uning texnikasi asosiy guruhda va taqqoslash guruhida sezilarli darajada farq qilardi (6-jadval). Shunday qilib, taqqoslash guruhida appendikostomiya kamida 1,5-2 sm masofada joylashgan chualchangsimon jarayonning bazasi yo'q qilinmagan hollarda amalga oshirildi. Uzoq vaqt (1,5-2 sm) appendektomiya qilingandan keyin, endotrakeal naycha kiritildi, so'ngra bauginiya qopqog'i orqali ingichka zond yuborildi.

Ko'pincha bauginiya klapani orqali zondni o'tkazishning qiyinchiliklari mavjud, bunday hollarda manipulatsiya metall super o'tkazuvchilar zondining yon teshigidan (yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun metall uretral kateter) kirishni sezilarli darajada osonlashtiradi.

6-jadval

Asoratli ichak falaji bo'lgan TAP bemorlarida uzoq muddatli ichak dekompressiyasi usullari

Dekompressiya usullari	Bemorlar guruhi				Hammasi, n=154	
	Asosiy, n=104		Taqqoslash, n=50		abs.	%
	abs.	%	abs.	%		
Ingichka ichak intubatsiyasi:	31	29,8	12	24,0	43	27,9
Appendikostomiya	21	20,2	9	18,0	30	19,5
Sekostomiya	10	9,6	3	6,0	13	8,4
p, χ^2-test	0,2629					
Yo'g'on ichakning transanalintubatsiyasi	-		6	12,0	6	3,9
Hammasi	31	29,8	18	36,0	49	31,8

Intubatsiya naychasining uchi yordamchi jarrohning barmoqlari bilan yonbosh ichak devori orqali ushlanganidan so'ng, metall konduktor zondan chiqariladi. Zondning keyingi o'tkazilishi ichak burchagidan 70 80 sm masofada antiperistaltik yo'nalishda zonda

ichakni gofrirovka qilish orqali amalga oshirildi. So'ngra chugalchangsimon o'simtani tashqi tomondan ketgut bo'g'implari bilan bog'lash orqali probaga o'rnatildi, undan keyin uzunligi 1- 1,5 sm bo'lgan o'ng yonbosh sohada teshik paydo bo'ldi, trubaning oxiri chugalchangsimon o'simta orqali o'tkazilib teriga drenaj o'rnatildi.

Chugalchangsimon o'simtaning asosi keskin o'zgargan hollarda, ingichka ichak intubatsiyasi sekonostom orqali amalga oshirildi. Taqqoslash guruhida bemorlarga sekostomiya quyidagi tarzda o'tkazildi: appendektomiyadan so'ng ko'r ichak devoriga (tiflitga duchor bo'lmaydigan joyda) diametri 2 - 3 sm bo'lgan ikkita seroz-mushakli sumkali torli choklar qo'yildi; hamyon torli choklarning markazida ichak ochilib, u yerga zond kiritilib, so'ngra Bauginiya qopqog'i orqali retrograd yo'nalishda ingichka ichakka 70 80 sm gacha o'tqaziladi, shundan keyin hamyon torli choklari suvga botirilgan va bog'langan. Bundan tashqari, ko'r ichak tutash maydoni o'ng yonbosh sohasida yaratilgan kanal orqali tashqariga chiqariladi va barcha qatlamlari orqali old qorin devoriga aylana bo'ylab tikiladi. Prob bir yoki ikkita chok bilan teriga qo'shimcha ravishda o'rnatiladi. Operatsiyadan keyingi davrda nasogastral zondni, transanal naychani va ingichka ichak zondini fiziologik eritma bilan fraksional yuvish amalga oshirildi, naychalar barqaror ichak peristaltikasini tiklash uchun jarrohlikdan so'ng o'rtacha 5 6 kun davomida chiqariladi.

Bemorlarning taqqoslash guruhida ichakni dekompressiya usulini tanlash jarrohlar tomonidan amalga oshirildi, ularning afzalliklari va ichak parezining darajasini subyektiv baholash asosida amalga oshirildi.

Bemorlarning asosiy guruhida biz yo'g'on ichak entubatsiyasidan voz kechdik va appendikostomiya va sekonostomiya orqali ingichka ichakni dekompressiyalash uchun ko'rsatmalar aniqlashtirildi va standartlashtirildi. Transrektal entubatsiyadan voz kechishning asosiy sababi, zondni sigmasimon ichakka to'g'ri ichakdan, yo'g'on ichakning taloq va jigar burmalari orqali, bauginiya qopqog'i orqali amalga oshirishdir. Bunday holda, ichak naychasi tezda najas bilan tiqilib qoladi va 2-3-kuni drenaj funksiyasini bajarishni to'xtatadi [58,155]. Transrektal drenajlarning yana bir xususiyati nayning proksimal uchini kerakli darajada kerakli muddatga o'rnatishning murakkabligi hisoblanadi. Va progressiv intoksikatsiyadagi asosiy rol ingichka ichakka berilgan enteral yetishmovchilikning patogenezi nuqtayi nazaridan, oxirgi dekompressiyasi yanada maqbuldir [336].

Bizning tanlovimiz sekoenterostomiya foydasiga (ikkita versiyada amalga oshiriladi: aslida sekoenterostomiya yoki appendikotsekoenterostomiya) quyidagi sabablarga ko'ra yuzaga keladi: zondni ko'r ichak orqali kiritish ichak naychasining deformatsiyasiga olib kelmaydi; oldingi qorin devoridan sekkostomani olib tashlash enterostomaga qaraganda kamroq xavflidir; ajratilgan fistula kamroq tajovuzkor va terini yumshatmaydi va fistula, odatda o'z-o'zidan yopiladi. Bizning fikrimizcha, ichak parezi bo'lgan bemorlarda ingichka ichakning dekompressiyasi quyidagi hollarda majburiydir: (ingichka ichakni dekompressiyalash uchun ko'rsatmalar):

parietal va visseral peritonning butun yuzasida interpetratsiyali yiring o'chog'i va bitishmalar bilan qo'pol fibrinoz qoplamlarning mavjudligi;

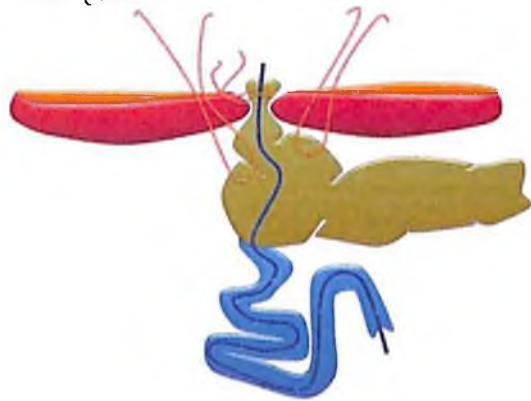
ichak diametrini 5 6 sm dan ortiq kengaytirish;

ichak devorining muhim infiltratsiyasi va tiqinli giperemiyasi;

ichak peristaltikasini erta tiklash va asetillashning ijobiy reaksiyasi bo'lgan shaxslarda yopishqoq ichak tutilishining xavfini kamaytirish maqsadida;

II va III darajali endotoksikozda (V.K.Gostishev va boshq., 1992-y. tasnifi bo'yicha), paralitik ichak tutilishi ko'rinishida parchalanish va parchalanishga uchragan oziq-ovqat kimyosi, ovqat hazm qilish shirasi va transsudatni ichakdan olib tashlash vositasi sifatida.

Appendikostomiya orqali ingichka ichakni dekompressiyalash usuli (07.10.1999 yildagi 5987-sonli ixtiro uchun patent), vermiform



qo'shimchani stumbasi orqali ingichka ichakka kiritilgan zondning dumba bilan birga olib kinishi bilan farq qiladi. Qorin old devori o'ng yonbosh mintaqasida (1-1,5 sm uzunlikdagi) kichik kesma orqali chiqariladi. Bunday holda, ko'r ichakning gumbazi vaqtincha appendikostomiya sohasidagi teriga o'rnatiladi (27-rasm).

27-rasm. Appendikostomiya qo'yish sxemasi retrograd ingichka ichak intubatsiyasi bilan

Biz tomonimizdan taqdim etilgan ingichka ichak dekompressiyasi usuli asosiy guruhdagi bemorlarning 55 tasi (20,8%) da ishlatilgan bo'lib, unda appendikenterostomi qo'llash uchun ilovaga (1 2 sm) asosni saqlab qolish uchun qisman appendektomiya qilingan.

Appendektomiya uchun texnik shartlar quyidagilardir:

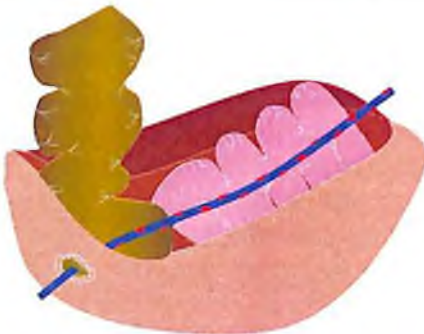
1.Yaraga ingichka ichakning asosiy qismini olib tashlash imkoniyati;

2.Ingichka ichakning ichiga dekompression prob o'tkazishni sezilarli darajada murakkablashtiradigan ichak looplarining keng tarqalgan va zich infiltratsion-yopishqoqlikning yo'qligi;

3.Kamida 1 2 sm uchun ilova bazasida aniq halokat jarayonining yo'qligi.

Ligatural appendektomiyadan keyin appendikostomiyani qo'llash uchun yuqorida ko'rsatilgan shartlar mavjud bo'lmaganda, ichak dekompressiyasi sekoenterostomiya orqali amalga oshirildi. (5988-sonli 07.10.1999-y. ixtiro uchun) o'z-o'zidan yopish vaqtinchalik sekonostomi usuli taklif an'anaviy farq, birinchi navbatda, mikro-kesish old qorin devori (uzunligi 2,0-2,5 sm) orqali stomani olib tashlash, ikkinchidan intubatsiya usuli.

Ko'r ichakning gumbazida bir-birining ichkarisida ikkita kissali chok qo'llaniladi, markazda devor teshigi amalga oshiriladi, bu orqali proksimal yo'nalishdagi lumen maxsus prob amalga oshiriladi. Ushbu zondni sekostomiya va bauginiya qopqog'i orqali ingichka ichakka kiritgandan so'ng, ko'r ichak devoridagi ichki torli paypaslovchiga mahkam bog'lab qo'yiladi, so'ng uni bir oz botirib, ikkinchi, tashqi chok zondga bitta tugun bilan bog'lanadi. Qorinning old devori quyida tavsiflangan usul bo'yicha qorin old devoriga o'rnatiladi va sumkadan qilingan chok iplari tashqariga chiqariladi (28-rasm).



28-rasm. Ingichka ichakning retrograd intubatsiyasi bilan sekonostomiyani qo'llash sxemasi

Ichak pareziyasi belgilarini bartaraf etgandan so'ng, dekompressiya trubkasi chiqariladi va tashqi kisset chokining iplari ikki qisqichning uchlari bilan siqiladi va sekostomani yopadi. Bolalarda tavsiya etilgan sekostomiya usuli takroriy jarrohlik aralashuvini bartaraf etish, jarrohlikning shikastlanishini kamaytirish va operatsiyadan keyingi asoratlarni rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik imkonini beradi. Sekostomani qo'llash uchun ko'rsatmalar appendikostomani qo'llash uchun o'xshash sekostoma faqatgina chuvalchangsimon o'simta asosida destruksiya va tiflit fenomeni bor hollarda ishlatiladi.

Oldingi qorin devoridan yiringli-nekrotik jarayon qoldiqlarini sekostom yoki appendikostomlar orqali chiqib ketishida qorin bo'shlig'ida og'ir asoratlar paydo bo'lishi mumkin. Biz tomonimizdan ichak stomalari qo'llanilganda ko'r ichakning vaqtinchalik fiksatsiyasi (5992-dan 12.10.1999-sonli ixtiro uchun patent) usulini ishlab chiqdik. Ixtironing mohiyati shundan iboratki, ichak stomalarini (appendikostomiya yoki sekostomiya) qo'llashdan so'ng, ko'r ichakni oldingi qorin devoriga tikish 4 5 seroz-mushak П-shaklidagi ipak choklarini ko'r ichakning old devorida stoma atrofida qo'llash orqali amalga oshiriladi. Shu bilan birga, har bir ipning har ikki uchi qorin devorining barcha qatlamlari orqali teriga chiqariladi, bu yerda tugunlar shaklida tugib mustahkamlanadi va o'rnatiladi (29-rasm).



29-rasm. Sekostomiya yoki appendikostomiyani amalga oshirishda mustahkamlovchi bo'g'inlarni qo'llash sxemasi

Dekompressiya trubasini ingichka ichakdan olib tashlash va appendik yoki sekostomani yopishdan so'ng, biz gumbazning seroz-mushak choklarini olib tashlaymiz, undan keyin qorin bo'shlig'iga chuqur kirib boramiz. Qorin old devoriga ko'r ichak vaqtinchalik

fiksatsiyasi usuli bemorning qayta kasalxonaga murojaat qilmasligi va narkoz ostida qayta jarrohlik amaliyotining qo'llanilishi natijasi yoqimsiz davom etuvchi jarayonning sodir bo'lmasligi uchun tavsiya etilgan usul hisoblanadi.

Taqqoslash guruhida appendiks va sekostomiyaga oid ko'rsatmalar mos ravishda 18,0% va 6,0% hollarda ($p=0,2629$) paydo bo'ldi. Bundan tashqari, ushbu guruhdagi 6 (12,0%) bemorlarda operatsiya transanal intubatsiyasi bilan yakunlandi. Yuqorida aytib o'tilganidek, bemorlarning asosiy guruhida biz yo'g'on ichak intubatsiyasi amaliyotidan voz kechdik.

Qizlarda tarqalgan appendikulyar peritonitning operatsiyadan keyingi davrida konservativ davosi

An'anaviy jarohat va behushlik bolaning tanasida sezilarli o'zgarishlarga olib keladi, bu esa anesteziologiya va reanimatsiyaga "operatsiyadan keyingi kasallik" atamasini kiritish uchun asos bo'lib xizmat qiladi. Bu holatda markaziy asab tizimi, nafas olish, qon aylanishi, oshqozon-ichak trakti va siydik tizimining ayrim buzilishlari, shuningdek, gidroksion metabolizmida jiddiy o'zgarishlar, ichki muhitning (kislota-ishqor holati) faol reaksiyasi va energiya ta'minoti tizimida (asosiy almashinuv) kuzatiladi [6, 15, 49, 69, 178, 266]. Shu munosabat bilan, oldindan va erta operatsiyadan keyingi davrda maqsadli davolash va profilaktik davolash tuzalishni tezlatadi va bolaning holati yaxshilanishiga yordam beradi [49, 171].

Yaqin operatsiyadan keyingi davrda o'ziga xos bo'lmagan va o'ziga xos sindromlarning mavjudligini farqlash mumkin. Bolaning boshlang'ich holatiga, yoshga, kasallikning tabiatiga qarab, bu sindromlarni ko'p yoki kamroq ifodalashi yoki turli xil variantlarda namoyon bo'lishi mumkinligini tushunish qiyin emas [290].

Shunday qilib nospetsifik sindromlar xirurgik amaliyotlardan so'ng turli darajada namoyon bo'ladi – og'riq sindromi, qon aylanishining buzilishi, energiya va boshqa metabolizm turlari. Spetsifik sindromga operatsiya toifasiga xos bo'lgan – ko'krak qafasida olib borilayotgan operatsiyalar jarayonida nafas olishning buzilishi; ichak trakti sohasidagi operatsiyalarda esa energiya buzilishi, suv-tuz almashinuvining buzilishi sodir bo'ladi [165, 168, 206, 217, 283].

Erta asoratlanmagan operatsiyadan keyingi davrda anesteziolog-reanimatolog oldida turgan asosiy vazifalar [218]:

og'riqni oldini olish va davolash;

gidroion metabolizmni me'yorlashtirish;

nafas olish yetishmovchiligiga qarshi kurashishga qaratilgan terapiya;

tananing energiya ehtiyojlarini to'ldirish.

Bolalarda appendikulyar peritonitni differensial davolash O.V.Karaseva, L.M.Roshal, P.I.Mironov va boshqalar tomonidan ishlab chiqilgan bo'lib, ular jarrohlik yordamining hajmi appendikulyar peritonitning shakliga va operatsiyadan keyingi davrda intensiv terapiya protokoliga – tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi va ichak yetishmovchiligi sindromining bor - yoki yo'qligiga bog'liq. Farmakoterapiyaning terapevtik ta'sirining ustuvor yo'nalishlari antibakterial terapiya, erta enteral terapiya bilan nutritiv qo'llab-quvvatlash, enterosorbsiya, immunoterapiya yordamida detoksifikatsiya qilishni birlashtiradi [47, 12, 42, 100, 150, 169, 194, 205].

Perpendikulyar peritonitning umumiy shakllarini davolash texnologiyalari majmuasi professor V.M.Odinak tomonidan ishlab chiqilgan. Davolashning birinchi bosqichida barcha bolalar odatda 2 soat uchun intensiv operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni o'tkazdilar [167].

Travmatizm o'rtacha uzunlikdagi laparotomiyada, ko'p miqdordagi kam samarali antiseptik eritmalari bilan qorin bo'shlig'ini yuvish, qorin bo'shlig'ining to'liq sanatsiyasini ta'minlashning Volkovich-Dyakonovning qiyshiq kesma-o'zgaraydigan kesimidan, ayniqsa, yosh guruhdagi bolalarda kam invazivligi ushbu operatsiyadan foydalanishga qaror qilishiga olib keldi. Qorin bo'shlig'ining laparoskopik sanatsiyasining istiqbolli imkoniyatlari ham baholandi, bu esa 28 ta bolalarda sinovdan o'tkazildi. Qorin bo'shlig'ini drenajlash masalasi keng rezina uchi yoki trubka shaklida [12, 90] eng katta yallig'lanish o'zgarishi joyiga bitta drenaj qo'yilishiga olib keldi [12, 90].

A.V.Fyodorov va boshqa mualliflar TAP bilan davolanayotgan 289 bemorlarida operatsiyadan keyingi asoratlarni videoendoskopik texnologiyalardan foydalangan holda davolaganlar. Laparoskopik va

laparoskopik aralashuvlardan so'ng erta operatsiyadan keyingi davrda barcha takroriy laparoskopik tadbirlar "relaparoskopiya" atamasi bilan birlashtirilgan. Operatsiyadan keyingi asoratlarda laparoskopik tekshiruv davomida aralashuv usulini tanlash algoritmi ishlab chiqildi va laparoskopik operatsiyalarni bajarish uchun texnik prinsiplar, ayrim asoratlarda ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar shakllantirildi.

Operatsiyadan keyingi asoratlarni tarkibida operatsiyadan keyingi peritonit 35 (22,7%) bemorda, qorin bo'shlig'ining xo'ppozlari 34 (22,1%), erta ichak tutilishi 31 (20,1%), safro kesilishi 28 (18,2%), operatsiyadan keyingi qon ketish 14 (9,1%), ajratilgan suyuqlik birikmalari 9 (5,8%), qorin bo'shlig'ining begona jismlari 3 (1,9%) bemorlarda aniqlandi.

Relaparoskopiya 74,7% bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlarni davolashning yakuniy usuli edi. Bemorlarning 8,4% da, video endoskopik aralashuvlar operatsiyaning ayrim elementlarini bajarishga va keyinchalik minilaparotomiyaga o'tishga imkon berdi, bu esa takroriy operatsiyaning invazivligini kamaytiradi.

Laparoskopiya davomida bemorlarning 16,9% ga dinamik relaparoskopiya ishlatiladi. Programmangan sanatsiya sifatida shundan keyin relaparotomiya uchun ko'rsatmalar tashkil etildi [229].

Qizlarda TAP holatida jarrohlik aralashuvining yakuniy bosqichining xususiyatlari

Qorin bo'shlig'ini drenajlash ham taqqoslanadigan guruhlarda tubdan farq qiladi. Taqqoslash guruhida 2 3 ta ichki diametri 3 4 mm bo'lgan silikon drenajlari qorin bo'shlig'iga o'rnatildi, ular o'ng va chap yon kanallarga, shuningdek, tos bo'shlig'iga joylashtirildi.

Drenaj naychalarining tashqi uchi o'ng va chap yonbosh sohadagi kontraperturalar orqali chiqariladi. Bundan tashqari, o'ng yonbosh chuqurchada va qorin bo'shlig'i xo'ppozlari topilgan joylarda drenaj mutlaq qoidalar asosida Penrouz drenaj tamponi qo'yib chiqiladi.

Qorin bo'shlig'ini drenajlashning yuqoridagi usuli bir qator muhim kamchiliklarga ega.

Birinchidan, uning yordami bilan qorin bo'shlig'idan yallig'lanish eksudatining to'liq chiqishi deyarli mumkin emas.

Ikkinchidan, drenaj naychalari faqat operatsiyadan keyingi birinchi 6-12 soat davomida faol ishlaydi, keyinchalik ular qorin bo'shlig'idan tezda ajratiladi, ularni fibrin, detrit bilan qoplanadi, natijada yaradan ajratma chiqishi to'xtaydi. Aspiratsiya-yuvish drenaj uchun ikki tomonlama naychalarni ishlatganda, barcha yopiq qattiq drenaj tizimlariga xos bo'lgan kamchiliklardan qochish mumkin emas, chunki antiseptik eritmalarning ta'sir doirasi cheklangan.

Bizning ko'p yillik tajribamiz shuni ko'rsatadiki, qorin bo'shlig'idagi jarrohlik aralashuvidan so'ng 6-12 soatdan keyin yiringli peritonit sharoitida bir nechta diffuz bitishmalar hosil bo'ladi. Natijada, drenaj tizimlari orqali kiritilgan eritmalar qorin bo'shlig'ini yuvish paytida qorin bo'shlig'ining butun yuzasini yuvmaydi, balki dorsal devorga va lateral kanallardan pastga qarab kichik tos suyagiga quyiladi.

Bundan tashqari, 80% kuzatishlarda drenaj naychalari operatsiyadan keyingi davrning 1 kunida deyarli to'liq o'tkazilmaydi. Shuni ham ta'kidlash kerakki, qorin bo'shlig'idan dilizatning chiqishi nafaqat qorin bo'shlig'ida infeksiyani tarqalishiga yordam beradi, balki antiseptiklardan foydalanganda, kuchli gidroperitoneumning shakllanishi va unga aloqador sirkulatsion kasalliklarning paydo bo'lishi bilan qo'shimcha zaharlanishga olib kelishi mumkin.

Va nihoyat, oqim dializining jadal rejimida oqsillar va elektrolitlarning sezilarli yo'qotilishi muqarrar bo'lib, natijada suv-elektrolitlar buzilishi kuchayadi va to'qimalarning gipergidratsiyasi rivojlanishi mumkin. Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, bemorlarning asosiy guruhida qorin bo'shlig'ining intraoperativ va operatsiyadan keyingi yuvilishi va drenaj naychalaridan foydalanishdan butunlay voz kechdik.

TAP bilan og'rigan bemorlarda biz yiringli-yallig'lanish sohasini cheklash va shu joyni quritadigan kanal hosil qilish uchun o'ng yonbosh chuqurchaga bitta Penrouz drenajli tampon o'rnatish bilan cheklandik. Bundan tashqari, epigastral mintaqadagi kontrapertura orqali qorin bo'shlig'ini ozon-kislorodli gaz aralashmasi bilan operatsiyadan keyingi ozonlash uchun mikrodrenaj o'rnatildi.

Tampon doka komponentining gigroskopik xususiyatlari eksudatning o'ng lateral kanaldan va kichik tos bo'shlig'idan

so'rilishiga yordam beradi, bu yerda to'planadi va patologik effuziya asosan oqadi.

Tamponning samarali ishlashi bemorga postural holatni – tananing yuqori bosh uchi bilan o'ng yarim burchakli joylashuvini ta'minlab beradi.

Reaktiv va toksik bosqichlarda qabul qilingan barcha bolalar operatsiyadan keyingi birinchi kundan boshlab, Fauler holatida boshni baland, tos suyagini past qilib joylashtirib, agar bola mustaqil nafas olayotgan bo'lsa – nafas olish gimnastikasi tayinlanadi. Toksik bosqichda bolalar nafas olish gimnastikasiga qo'shimcha ravishda nazal kateterlar orqali kislorod bilan insulin insuflatsiyani o'tkazdilar. Polimorf kasalliklari bosqichida bo'lgan bolalar, agar kerak bo'lsa, o'pkaning sun'iy shamollatilishini uzaytirdilar.

Peritonitli bemorlarda operatsiyadan keyingi davrda ichak funksiyasini normallashtirish muhim ahamiyatga ega.

Peritonitni davolashning muvaffaqiyati asosan ichak pareziga qarshi kurash choralariga bog'liq. Ikkinchisi natriy xlorid 2 ml/yil, 40% glyukoza – 10 - 20 ml, prozerinni sxema bo'yicha ineksiya qilish, 7,5% kaliy xlorid eritmasi yordamida amalga oshirildi.

Ichak parezi bilan kurashishning samarali usuli uzoq muddatli epidural anesteziya, shuningdek, kichik ichakning lümenini ilova yoki sekostom orqali ozonlangan eritmalar bilan yuvish edi. Operatsiyadan keyingi anesteziya narkotik bo'lmagan analgetiklar tomonidan amalga oshirildi, analgin 25-50% eritmasi 0,1-0,2 ml hayot yilida, baralgin yoshi dozasi, 1% promedol eritmasi 0,1 ml/m ga ko'ra, fentanil 0,025-0,1 mg/kg vazn, shuningdek, T9-T11 darajasida mahalliy anestetiklar tomonidan uzoq muddatli epidural behushlik o'tkazildi.

Shunday qilib, TAP bilan og'rigan qizlar jiddiy jarrohlik bemorlar toifasiga kiradi, bu shubhasiz, operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning hajmi va davomiyligi uchun yetarli darajada bo'lishi talab qiladi. Markaziy va periferik gemodinamikani, gipovolemiyani va suv-elektrolitlar, kislota-baz muvozanatini nazorat qilmasdan darhol jarrohlik amaliyotini, bizning fikrimizcha, bolaning organizmidagi gomeostazning sezilarli buzilishi sharoitida jiddiy taktik xatodir.

Bitishma hosil bo'lishining qorin bo'shlig'idagi organlarning turli funksiyalariga ta'siri haqidagi ilmiy adabiyotlarda ma'lumotlar juda ko'p. Rene Lerich operatsiyadan keyingi bitishma asoratlarni

"dahshatli kaviter jarrohligi" deb atadi. Ushbu bayonot hozirgi vaqtda dolzarb bo'lib qolmoqda. 1988 yilda AQSHda 281982 bemor kasalxonaga yotqizildi, ular shifoxonalarda 948727 kun o'tkazdi. Shu bilan birga, davolanish xarajatlari 1179 million dollarni tashkil etdi [298]. Shtatlarda operatsiyadan keyingi o'limning asosiy sababi bitishmalar asorati edi [308]. S. Bothin, T. Midtvedt [289] ning kuzatishlariga ko'ra, 54 - 70% holatlarda ingichka ichakning obstruksiyasi bitishmali hisoblanadi. N. Nova bir guruh mualliflar bilan bemorlarning 4,58% qalin chuqur bitishma sababli operatsiya qilindi. Ularning fikriga ko'ra, bu bemorlarning prognozi boshqa nozik teri kasalligi etiologiyasiga qaraganda ancha qulaydir. O'lim darajasi 16,6% bo'lib buning sababi yondosh kasalliklar edi. D. Menziyes, N. Ellis, [326] bir necha laparotomiya amaliyotini boshidan o'tkazgan bemorlarda, bitishmalilik jarayoni 93% hollarda rivojlanadi va bir martalik laparotomiya keyin 10,4%. Ushbu mualliflarning fikriga ko'ra, yopishqoq obstruksiya 0,9% edi va buning natijasida laparotomiyalarning umumiy sonidan 3,3% favqulodda operatsiyalar amalga oshirildi. Birinchi yildan keyin 1% bemorlarda bitishmali obstruksiya rivojlandi va birinchi operatsiyadan keyingi 1 oy davomida 0,5% da [70]. Yopishqoq ichak tutilishi qorin bo'shlig'ining pastki qismlarida oldingi operatsiyalarning natijasi bo'ldi. Qorin bo'shlig'idagi bitishmalilikning rivojlanish ehtimoli qorin bo'shlig'i organlari [183] bo'yicha o'tkazilgan jarrohlik aralashuvlar soniga to'g'ridan-to'g'ri proporsionaldir.

BOLALIK DAVRIDA PERITONITNI BOSHIDAN O'TKIZGAN AYOLLARNING REPRODUKTIV SALOMATLIGINI XUSUSIYATLARI

Afsuski, ko'pchilik mualliflar bitishma oqibati kasalliklari muammosining ayrim tomonlarini, masalan, bolalikda peritonit bo'lgan ayollarda reproduktiv tizimning shakllanishi va faoliyatiga ta'siri haqida gapirishlari kerak. Ushbu adabiyotlarni tahlil qilganda, faqat bittagina adabiyotda mualliflar ayollarning reproduktiv salomatligiga bolalikdagi TAPdan keyingi paydo bo'ladigan bitishmalarning salbiy ta'siri va oqibatlari haqida so'z yuritilgan [10, 329, 337, 338]. Bu masala bo'yicha mavjud ma'lumotlar nafaqat ishonchsiz, balki ko'p jihatdan qarama-qarshidir. Shu nuqtayi nazardan, bu mavzu o'z dolzarbligini yo'qotgan emas.

Adabiy manbalarni tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, taxminan 40-74% hollarda reproduktiv tizim organlari va unga qo'shni qorin bo'shlig'i organlari kasallanishi naychali-peritonal omil bo'yicha oldingi operatsiyalar natijasida yuzaga kelgan deb sanaladi [135, 197, 228, 327]. Ushbu muammoni hal qilish uchun ko'plab ishlarga qaramasdan, ulardan faqat bir nechtasi katta yoshdagi ayollarning bachadonida yallig'lanish jarayonlari qorin bo'shlig'i kasalliklari bilan bog'liq bo'lib, u bolalik davrida jarrohlik aralashuvini boshidan kechirgan bo'lib chiqmoqda. Ko'pincha, sababchi omil appendektomiya va tegishli yuqumli jarayon hisoblanadi. 25-33% hollarda pubertal davrda o'tkazilgan peritonit surunkali salpingitga, qorin bo'shlig'ining bitishma jarayoniga va unga bog'liq bo'lgan bepushtlikning naychali-peritoneal shaklidagi bepushtlikka olib kelishi mumkin [60, 78, 97, 130, 203, 304].

Afsuski, hozirgi kunga qadar mavjud adabiyotlarda yuqoridagi holatlarga e'tibor berilmagan, natijada qorin bo'shlig'ining genital va paragenital zonasida operatsiya qilingan qizlarning bitishini oldini olish uchun nozik profilaktik chora-tadbirlar tizimi mavjud emas.

Ayollarda reproduktiv faoliyat buzilishining sabablari

O'tkir peritonit qorin bo'shlig'i kasalliklarining eng jiddiy asoratlaridan biridir. Ularning orasida birinchi o'rinni o'tkir destruktiv appenditsit egallaydi. Shu bilan birga, qizlarda patologik jarayoniga

jalb qilingan – kichik tos a'zolari, bachadon va uning o'simtalari. Appenditsit bilan inson yoshining ortishi, reproduktiv tizimning barcha yo'nalishlarida patologik ta'sirlarga nisbatan sezuvchanlik katta bo'lgan pubertal davrning ikkinchi bosqichiga statistik ravishda mos keladi, bu esa muammoni yanada kuchaytiradi [72, 78, 268, 307, 323].

Qorin organlari o'tkir jarrohlik kasalliklari orasida qizlar prepubertat davrida ko'pincha pelvioperitonit ko'p uchraydi [78, 137, 159]. Ushbu kasallikning rivojlanish ehtimoli, patogen va shartli-patogen floraning qorin bo'shlig'iga ayol jinsiy organlari orqali kirib borishi bilan bog'liq bo'lib, keyinchalik yallig'lanish va bitishmaning rivojlanishiga olib keladi. Bu holda asosiy yiringli yallig'lanish jarayoni kelajakda ayollar kichik tos suyagi sohasida sodir bo'ladi, bu esa kelajakda ayollarda tug'ish funksiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin [30, 231, 281]. Peritonit ko'p hollarda ichak disbakteriosi bilan birga [14, 101] sodir bo'ladi. Natijada, ingichka ichakda so'rilish jarayoni buziladi. Bifidoflor yetishmovchiligi bilan birga ingichka ichak kontaminatsiyasi sindromi shartli patogen mikroflora vujudga keladi. Mikroorganizmlarning metabolik mahsulotlari ichak devori o'tkazuvchanligi (so'rish)ni pasaytiradi, ichak peristaltikasini kamaytiradi [120]. Ichak biotsenozining buzilishi lizotsim darajasining pasayishi bilan birga sodir bo'ladi bu esa immunitetning o'ziga xos bo'lmagan omilidir. Shundan kelib chiqib, G.M.Lukyanova bitishma (hosil bo'lishining) patogenezi asosan ichaklar biotsenosi buzilishi bo'lib, bu holat bakterial allergiya darajasining va lizotsim darajasining kamayishiga olib keladi [138].

Hozirgi kunda ko'plab adabiyotlarda patologik jarayonning rivojlanishi konsepsiyasi shakllantirildi, bu uchta mexanik, bitishmali va gumoral noqulay omilnin o'z ichiga oladi. Mexanik omillarga yod jinsli (iplar tugunlari, qon qotishlari va boshqalar) materiallar, qorin bo'shlig'i shikastlanishi, to'qimalarning gipoksiyasi va buning natijasi hosilasi sifatida ichak perezida ichak devorining qalinlashuvi kuzatiladi. Yopishqoq omillar orasida qorin bo'shlig'ining infeksiyasi, ichak va qorin bo'shlig'idagi yiringli fibrinoz plaklarning birikishi, to'qimalarning fibrinolitik faolligining mahalliy pasayishi kiradi.

Va nihoyat, peritoneal fagotsitlar, oqsillar va yallig'lanish vositachilarini gumoral va hujayra omillari o'z ichiga olgan.

Bitishmalar shakllanishining asosiy omillari jarrohlik paytida peritoneal travma, yod jismlar va jarrohlik aralashuvlar paytida aseptikaning buzilishi hisoblanadi [35, 73, 75, 152, 185, 230, 276, 301, 314].

A.Genri va boshqalarning kalamushlarda olib borgan tajribasida [313] peritonning bitishma xususiyatlariga turli xil zararlarning ta'sirini solishtirdi. Ular qorin bo'shlig'i deseroziyasidan keyin bitishmalar 100%ga, diatermokoagulatsiyadan keyin 57% ga ko'payib hosil bo'lgan bo'lsa, bitishmalar peritonning skarifikatsiyasidan keyin kuzatilmadi. J.Rozga va boshqalar tomonidan olib borilgan kalamushlardagi eksperimental tadqiqotlar [341], bitishmaga boshlovchi omil faqat qorin parda travmasi emas, balki mahalliy to'qima ishemiyasi ham hissa ko'rsatdi, degan fikrni aytganlar. Bitishmalar rivojlanish jarayoni xavfi qorin devorini o'z-o'zidan davolashdan ko'ra tikishda yuqori bo'ladi.

Mualliflar qorin bo'shlig'ining nuqsoni faqat tikilgan to'qimalarda yaxshi qon aylanishi mavjud bo'lganda yopilishi kerak, degan xulosaga kelishdi. Bitishma shakllanishining yetakchi etiologik omillaridan biri sifatida ichak ishemiyasini tasdiqlash eksperimental va klinik ishlarda aks ettirilgan [85, 233, 235, 341]. Bu ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, bitishma jarayoni ishemik ichak qismlariga qon aylanishini tiklash uchun o'ziga xos himoyaga ega [120, 143].

Bir qator mualliflar peritonitda peritonning to'qima metabolizmi buziladi, kislorod ta'minoti pasayadi va keyinchalik bitishma jarayoni rivojlanadi [235].

Bolalikdagi postoperatif parez bolaning asab tizimining fiziologik yetishmovchiligi, operatsion stress, ichakning harakat va sekretor faolligining himoya tutqichi bilan bog'liq [120, 154]. Intoksikatsiyada ichak parezlari kuchayadi, bu esa ichakning deserozlangan va ishemik qismlarini bir-biri bilan uzoq muddatli aloqa qilishiga yordam beradi, natijada bitishma paydo bo'lishiga olib keladi [120].

W.Rappaport va boshqalar [339] bitishma jarayonining rivojlanishida sefazolin va tetratsiklin antibiotiklarining intraperitoneal qo'llanilishining rolini eksperimental tarzda baholadi. Birinchi guruh hayvonlari o'rta laparotomiyadan keyin qorin bo'shlig'iga 10 ml 0,9% izotonik eritma, ikkinchi guruh 0,2% sefazolin eritmasi, uchinchi guruh 0,2% tetratsiklin eritmasi kiritildi. 2 haftadan

so'ng, birinchi guruh hayvonlarida bitishma jarayoni ikkinchi va uchinchi guruhlarga qaraganda kamroq edi.

Bir qator tadqiqotlar bitishma patogenezining alohida yo'nalishlarini aniqlashga qaratilgan. R. Williams et al. [353] bachadonning peritoneal qoplamasi travmasidan keyin kalamushlarda bitishma hosil bo'lishida o'zgaruvchan o'sish omilining ta'sirini o'rganib chiqdi. Mualliflar 2 mkg/kg dozada intraperitoneal dori kichik tos sohasida yopishqoqligi keskin ortishi sababini ta'kidladi. Bu ta'sir kollagen va fibrinogen sintezining oshishi bilan bog'liq.

Gistomorfologik tadqiqotlar olib borishda Mingbayev O. A. hammualliflar bilan [161] operatsiyadan keyingi birinchi kunda ekssudat hujayralari soni polimorfonuklyar leykotsitlar va makrofaglar tufayli ortib borayotganini ta'kidladi. Keyin neyetrofillar soni kamayadi, ammo fibroblastlarning tarqalishini rag'batlantiradigan makrofaglar soni ortadi. Faollashtirilgan makrofaglar fibroblastlar mavjud fibrin yopishqoqligi bo'ylab qurilgan va kollagen sintezini boshlaydi. Fibroblastlar kollagen tolalariga cho'kadi. 7-10 kunda peritonning chuqurligida joylashgan qon tomirlarining filiallari paydo bo'ladi. Kapillyarlarning yopishqoqlikdagi cho'kishi tomirlar yuzaki joylashgan peritoneal joylarda yanada kuchayadi. 12-14 kunda tomirlar butun yopishqoqlikka o'sadi va ichaklar qorin bo'shlig'ining boshqa qismlari tomirlari bilan anastomozlanadi. Keyinchalik asab elementlari va mushak tolalari paydo bo'ladi. 1924-yilda E.Raug birinchi marta paradoksal, bir qarashda, yiringli peritonitdan so'ng chandiqlar kamroq uchraydi, sof laparotomiyadan keyin esa tez-tez paydo bo'ladigan hodisani tasvirlab berdi. Lekin boshqa ko'plab mualliflar infeksiya bitishmalar hosil bo'lishining oldini oladi, chunki mikroorganizmlarning yo'q bo'lib ketishi fibrinolitik fermentlarni ajratadi [2, 4, 78].

Yopishqoqlikning paydo bo'lishi shikastlangan qorin devorining yopishqoq ekssudat ishlab chiqarish qobiliyati bilan bog'liq. Bu jarohatlar joyida shakllanadi. Aseptik yallig'lanish bilan, infeksiya yo'qligida, fibrin nozik iplar shaklida zararlangan hududlarga cho'kadi. Fibrin yo'qotish vaqtida ekssudatning hujayra elementlari tolalar shakllanishiga olib keladi elastik, prokollagen va kollagen, fibrin iplari bilan bir-biriga bog'langan, bir xil tarmoq hosil qiladi. Ushbu

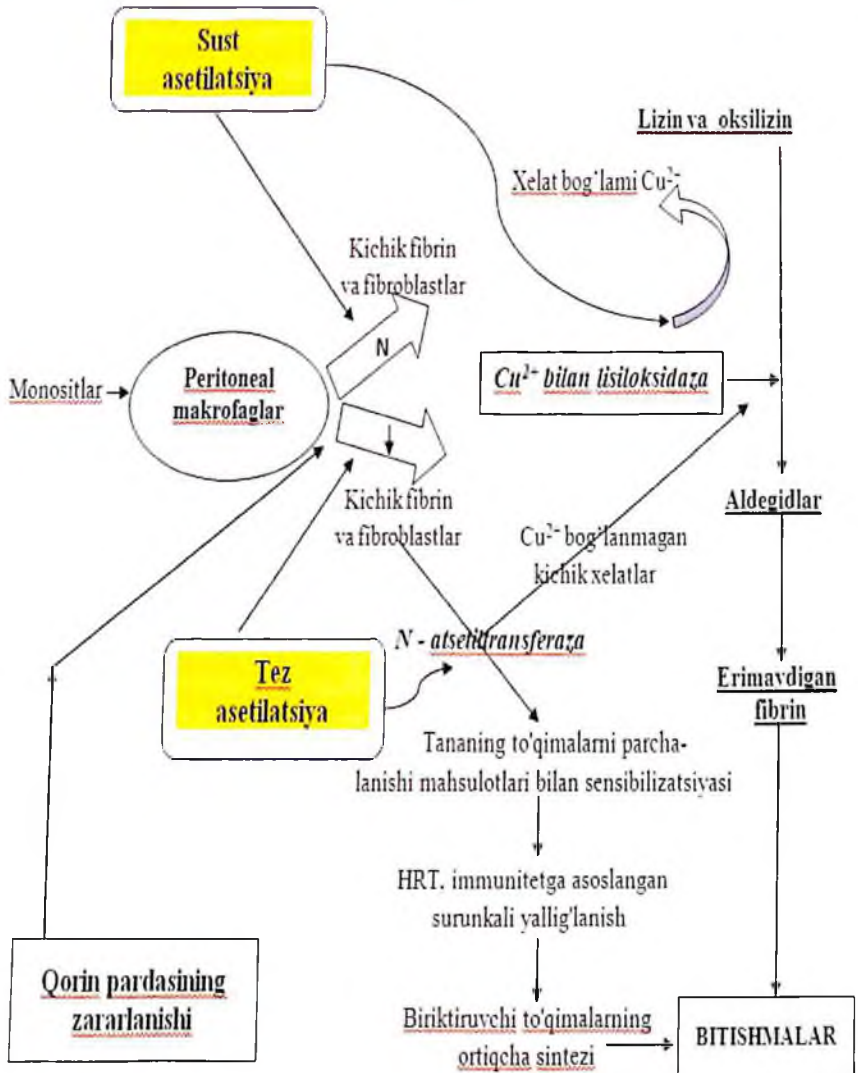
tarmoqning sirt qatlami mezoteliyning nozik bir qatlami bilan qoplangan. Bu jarayon 2-3 soat ichida amalga oshiriladi va 5-kunidan boshlab bu yerda fibroblastlar paydo bo'ladi, bu esa biriktiruvchi to'qimalarning asosiy moddasini shakllantirishda muhim ahamiyatga ega.

6-7-kunida kichik zarar yetkazilsa, mezoteliyning faol o'sishi davom etadi, periton qoplaminig yaxlitligi tiklanadi, to'plangan eksudat va fibrinoz adgezionlar eriydi. Aseptik yallig'lanish bilan peritoneal bu davo asosiy kuchlanish deb ataladi [16]. Agar peritonning shikastlanishi chuqurroq bo'lsa va chegara membranasi chuqurroq yotadigan qatlamlarni ushlab tursa, davo ikkinchi darajali kuchlanish turiga qarab sodir bo'ladi. Peritonning zararlangan hududlarida granulatsiya to'qimasi hosil bo'ladi hamda fibrinoz bitishmani tashkil qilish, fibroblastlar bilan eksudatning asta-sekin o'sishi, biriktiruvchi to'qima tolalari soni ortishi sodir bo'ladi. Ushbu zonaning yaqinlashib kelayotgan va progressiv gipoksiyasi tufayli nozik kollagen tolalari fibrin iplari o'rtasida biriktiriladi va hujayra elementlarining soni asta-sekin kamayadi. 7-10-kunida qorin bo'shlig'ida joylashgan qon kapillyarlarining birinchi anastomozlari paydo bo'ladi. Kapillyarlarning bitishmaqa o'tishi yuzaki tomirlar tomonidan yanada jadalroq bo'ladi. 12-14-kunida tomirlar nafaqat barcha bitishmalar, balki peritonning boshqa qismlari tomirlari bilan anastomozlanadi. Kelajakda bitishma tuzilishi hosil bo'ladi, kollagen tolalari doimiy qatlam tashkil etadi. Anastomozlar yordamida bog'langan elastik tolalar tarmoqlar turiga ega bo'ladi. Yangi qon tomir anastomozlar bilan bir qatorda, asab elementlari va mushak tolalari [16, 143] hosil bo'ladi. Ko'pchilik tadqiqotchilar qorin bo'shlig'idagi mahalliy patologik jarayonlarga berilib, bitishma hosil bo'lishi etiologiyasi va patogenezida hal qiluvchi rol o'ynaydi. Shu bilan birga, qorin bo'shlig'idagi jarrohlikdan keyin bir xil sharoitlarda nima uchun umumiy bitishma jarayoni paydo bo'lishi aniq emas, boshqalarda esa, aksincha, bitishmaliklar paydo bo'lmaydi yoki operatsiyadan keyingi chandiqlik zonasida alohida birikmalar mavjud. So'nggi davrda patologik bitishmaning sababi biriktiruvchi to'qima, xususan, kollagen almashinuvining buzilishi bilan izohlangan tadqiqot natijalari e'lon qilindi [1, 116]. Ushbu muhim biriktiruvchi to'qima oqsilining o'ziga xos xususiyati bu o'z-

o'zini yig'ish mumkin emasligidir. Kollagen sintezi fibroblastlardan boshlanadi va hujayradan tashqari bo'shliqda tugaydi, bu yerda uning polimerizatsiyasi va eruvchan tropropoklagen hosil bo'lishi bu oqsilning mos kelmaydigan tolalarida uchraydi [26, 243]. Kollagenni barqarorlashtirish mis tarkibidagi piridoksal fermenti lizin oksidaza ishtirokida amalga oshiriladi, bu lizin va alfa-zanjirli oksilizinning aldegidlarga aylanishini katalizlaydi [255]. Ushbu aldegidlar mohiyatan o'zaro bog'lanib, yetuk, erimaydigan kollagen molekulasini hosil qiladi. Lizin oksidaza faolligi toksik mahsulotlarni metabolizm va ajratilgan ligandlar orqali inaktivatsiya qilish jarayonini katalizlovchi N-atsetiltransferazalar fermentlar faoliyati bilan bevosita bog'liqdir. Asetilatsiyaning qurishi atsetil guruhini atsetilat substratiga atsetil koenzim-A bilan o'tkazib yuborishdan iborat bo'lib, natijada ikkinchisining toksikligi keskin kamayadi.

Atsetilatsiya jarayonlari organizmdagi metabolizmning markaziy tartibga soluvchi bo'g'ini bo'lib, biologik energiyaning faol atsetat shaklida to'planishini va sirka kislotasining qoldig'idan plastik sintez qilish va biologik faol moddalar hosil bo'lishini birlashtiradi [243]. Eksperimental tadqiqotlar R.D.Magalashvili [140] tomonidan olib borilib, u organizmning atsetillash qobiliyati va qorin parda orti bitishmaligi chastotasi o'rtasidagi munosabatlarni o'rnatishga imkon berdi. U sekin atsetilatorlarda (MA) normal fibrin katabolizmining tezligi fibrin iplari bo'ylab fibroblastlarning tarqalish tezligidan yuqori ekanligini va shuning uchun hech qanday bitishmalik hosil bo'lmasligini isbotladi.

Tez atsetilatorlarda fibroblastlarning ko'payishi jarayoni normal fibrin katabolizmidan yuqori bo'ladi. Bu qorin bo'shlig'idagi biriktiruvchi to'qimalarning ko'payishiga olib keladi, bu klinik jihatdan bitishma asoratlarni rivojlanishida aks etadi [243]. Ma'lumki, atsetilatsiya turi inson hayoti davomida o'zgarishsiz qoladi.



30-rasm. Bitishma kasallik patogenez sxemasi. I

1Разин М.П., Минаев С.В., Скобелев В.А., Стрелков Н.С.. Неотложная хирургия детского возраста: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 328 с.

Shu munosabat bilan, bitishmaning paydo bo'lishida ko'plab mualliflar maxsus nozologik birlikni – qorin bo'shlig'ida ko'plab chandiqlarning ortiqcha va takroriy paydo bo'lishi bilan bog'liq kasallikni ajratib ko'rsatadilar [1, 78, 115, 130, 135, 143, 183].

Bolalikda genital va ekstragenital kasalliklar katta yoshli ayolda ko'plab turdagi ginekologik kasalliklarning rivojlanishiga moyil omil bo'lishi mumkin. Ba'zi mualliflar ayollarning bepushtlik sabablari orasida (20%) jinsiy a'zolarining o'tkir va surunkali yallig'lanishi, xususan, bachadon naychalari katta rol o'ynaydi [112, 228, 232, 286, 296]. Taxminan 40-85% hollarda bunga sabab bachadon qo'shimchalarining o'tkir va surunkali yallig'lanish jarayoni, tos sohasi va unga tutash qorin bo'shlig'i organlarida oldingi operatsiyalardan keyin rivojlangan nay-peritoneal omil deb hisoblanadi. Bu birinchi navbatda yallig'lanish o'zgarishlar, tos bo'shlig'ida yopishqoqlik hosil bo'lishi, bachadon naychalarining o'tkazuvchanligi va funksional konsistensiyasining buzilishi bilan birga keladi [62, 106, 183, 197, 228, 293]. Peritubar bo'shliqdagi bitishma operativ ravishda bartaraf etilgandan va bachadon naychalarining o'tkazuvchanligi tiklanganidan keyin ham homiladorlik faqatgina 30% hollarda bo'ladi. Bitishmalar sababi turli avtorovot 80 to 90% [35, 135]. Ko'pgina adabiyotlar orasida faqat bir nechta mualliflar bachadon o'simtalaridagi yallig'lanish jarayonlarining sababini va katta yoshli ayolning bepushtligini qorin bo'shlig'i organlarida ular boshidan kechirgan jarrohlik aralashuvlari bilan bog'lashadi. Eng katta etiologik rol jarrohlik infeksiyasiga, birinchi navbatda, appendikulyar genezga beriladi. O'ziga alohida e'tibor berilishini talab qiladigan jarayon, bu peritonit, surunkali salpingit, bachadon nayidagi bepushtlik, hayz siklidagi turli kasalliklar [72,78, 268, 323] shaklida ko'p yillik iz (25-33 %) qoldirishi mumkin ya'ni bu jarayon qisqacha pubertal davr deb ataladi. Appendektomiyadan so'ng tos bo'shlig'ida bitishmali jarayon tez-tez rivojlanadi. Dastlabki davrlarda (bir oygacha) tekis va ko'p sonli birikmalar aniqlanadi bir oydan keyin yakka-yakka qo'pol iplar ko'rinadi. Sobiq patologik markazida biriktiruvchi to'qima to'liq yetilishiga kamida 3-4 oy davomida erishadi [6, 127]. Chandiq jarayoni operatsiyadan keyingi 2-5 yil ichida paydo bo'lishi mumkin va ayollarda erkaklarnikiga nisbatan 3 marta ko'p uchraydi [198].

Peritonit va yiringli appenditsit bilan og'rigan qizlarda har doim kichik tos suyagida qoldiq yallig'lanish mavjud [52, 275, 322, 335].

Surunkali appenditsit bilan yoki bemorlarning 30% da yaqinda o'tkazilgan jarrohlikdan so'ng laparoskopiyada qizlar kichik toside venoz tiqinlar topildi, 50% salpingit [71] aniqlandi. Ichki jinsiy organlarning yallig'lanishi tufayli menstrual funksiya buzilishi holati mavjud [6, 129]. Shu bilan birga, menstrual jarayonni tartibga solishning markaziy zvenosi kamdankam patologik jarayonga uchragan. Balog'at yoshiga yetmagan qizlarda buzilgan (tartibsiz hayz, hayzning ko'p miqdorda ajralishi, hayzning ajralmasigi) hayz jarayonining tiklanishi kataral appenditsitdan keyin 83% ;gangrenoz hamda gangrenoz teshilgandan keyin 70% [113,126] ni tashkil qiladi. Boshqa mualliflar qizlarda hayz davrining shakllanishiga appenditsit ta'sirini inkor etmaydi, ammo ularning ma'lumotlariga ko'ra, buzilishlar soni nisbatan kichik 2-4% [267].

Bolalarda TAP jarrohlik davolashdan keyin bemorlarda uzoq muddatli asoratlari

Samarqand davlat tibbiyot instituti 2-klinikasida jarrohlik muolajalarini olgan 1 yildan 23 yilgacha bo'lgan davrda 154 qiz bola bemorlarda jarrohlik muolajalarining uzoq vaqt oralig'idagi natijalari o'rganildi.

Operatsiyadan keyingi yara va qorin ichi asoratlari davridagi sezilarli pasayish, shuningdek bemorlarning asosiy guruhidagi relaparotomiya chastotasining pasayishi operatsiyadan keyingi ventral churralar va ligatural fistulalar bilan kasallanganlar sonining sezilarli darajada pasayishiga yordam berdi.

Bitishmaning oldini olish bo'yicha klinik va eksperimental tadqiqotlar asosida biz uchun eng katta ilmiy va amaliy qiziqish qizlardagi TAP operatsiyalaridan so'ng uzoq vaqt davomida bitishma kasalligining chastotasi edi. Bitishma kasalligining mavjudligi va og'irligini baholashning asosiy mezonlari kasallik klinikasining og'irligi va o'tkir ichak tutilishining epizodlari bo'lib, takroriy operatsiyalarni talab qiladi.

Operatsiya qilingan bemorlarni shikoyatlari bo'lmaganida, ularning umumiy jismoniy holati ularning yoshiga to'g'ri kelganida va qisman bitishgan ichak tutilishining klinik belgilari bo'lmaganida yaxshi holatda deb hisobladik. Obektiv tekshiruv vaqtida ular qorinda meteorizmni aniqlamadilar, operatsiyadan keyingi ventral churra

belgilari yo'q edi, palpatsiya paytida qorin yumshoq va og'riqsiz, najas buzilishlari yoki gaz chiqindilari bo'lmagan.

Qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvida qorin parda qalinlashgani aniqlanmadi. Ushbu toifadagi bolalarda rentgen tekshiruvlari o'tkazilmagan. Qorin og'rig'i, ovqatlanishdagi xatolar bilan bog'liq dispeptik kasalliklar shikoyatlari mavjud bo'lganda bemorning ahvoli qoniqarli deb baholandi. Ushbu bemorlarni tekshirganda, qorin, qoida tariqasida, odatdagi shaklga ega, shishmagan; palpatsiya paytida operatsiyadan keyingi chandiq sohasida o'rtacha og'riq paydo bo'ladi. Ultratovush tekshiruvida ichak qovuzloqlari kengaygan, odatda operatsiyadan keyingi chandiq sohasi aniqlangan. Bemorlarda qisman bitishma ichak tutilishi epizodlari bo'lganligi sababli qoniqarsiz holat aniqlandi, bu esa xirurgiya bo'limida kasalxonaga yotqizishni talab qildi, bu yerda xurujlar konservativ choralar bilan to'xtatildi. Bundan tashqari, takroriy operatsiyalarni talab qiladigan o'tkir yopishqoq ichak tutilishi holatlari alohida tasniflangan.

TAP tufayli bolalikda operatsiya qilingan qizlardagi bitishma kasalligining klinik jihatdan ahamiyatli belgilarini rivojlanish tezligi bizning kuzatishlarimizda 21,4% ga, shu jumladan 5,2% hollarda bu qizlar keyinchalik OSKNGA nisbatan takroriy jarrohlik amaliyotiga duch kelishdi.

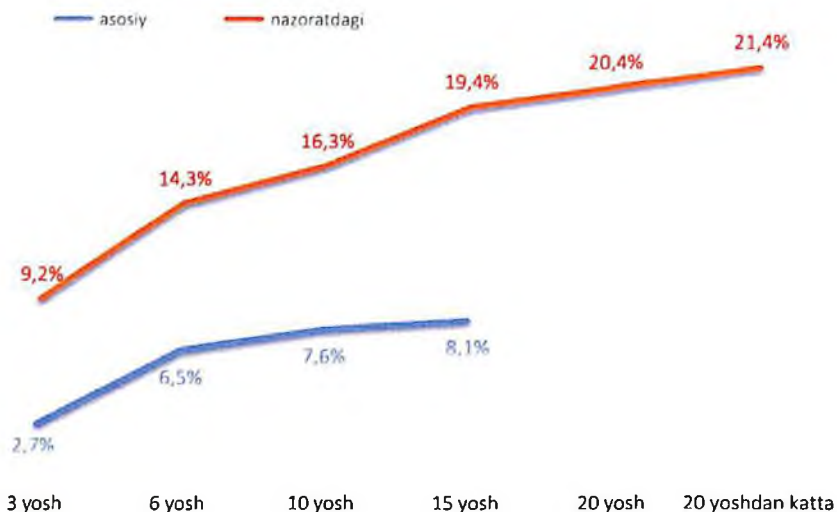
Qorin bo'shlig'ida bitishmaning oldini olish bo'yicha tavsiya etilgan chora-tadbirlar kompleksining joriy etilishi kasallikning klinik namoyon bo'lish chastotasini 2,6 marta (21,4 dan 8,1% gacha) kamaytirishga yordam beradi (31-rasm) va takroriy operatsiyalar 10 martadan ortiq (5,1 dan 0,5% gacha) (7-jadval).

Bolalikda TAPni boshidan kechirgan odamlarda chandiqli kasallikning rivojlanish chastotasi

Kuzatuv ostidagi bemorlarning holati	Asosiy guruh n=104		Taqqoslash guruhi n=50		χ^2	P
	abs.	%	abs.	%		
Yaxshi	79	76,0	26	52,0	14,34	<0,001
Qoniqarli	16	15,4	12	24,0	3,19	>0,05

Chandiqli jarayonning e'tiborga molik belgilari

Qoniqarsiz	8	7,6	8	16,0	5,11	<0,05
Qayta operatsiya	1	1,0	4	8,0	6,38	<0,05



Qizlardagi TAP operatsiyalaridan keyin turli kuzatuv davrlarida bitishmali kasallikning kumulativ chastotasi.

Qizig'i shundaki, keng o'rta laparotomiya, qorin bo'shlig'ini sanatsiya va drenajlashning an'anaviy usullari amalga oshirilganda, bitishma hosil bo'lishining oldini olish bo'yicha maxsus chora-tadbirlarni amalga oshirmasdan, bitishma kasallikning belgilari operatsiyadan keyingi davrning dastlabki ikki yilida faol ravishda namoyon bo'ladi va keyinchalik barcha kuzatuv davrlarida bu ko'rsatkichdan ancha oldinda bo'ladi.

Misol tariqasida quyidagi kuzatuvlarni keltiramiz. Ilgari klinikamizda ishlab chiqilgan taktik va texnik yondashuvlarga muvofiq klinikamizda TAP operatsiyasi qilingan bemor, kalkulyoz xoletsistit uchun laparoskopik xoletsistektomiyani amalga oshirayotganda, jarrohlar faqat tekis yonbosh chuqurchasi hududida bitta planar bitishmani qayd etdilar.

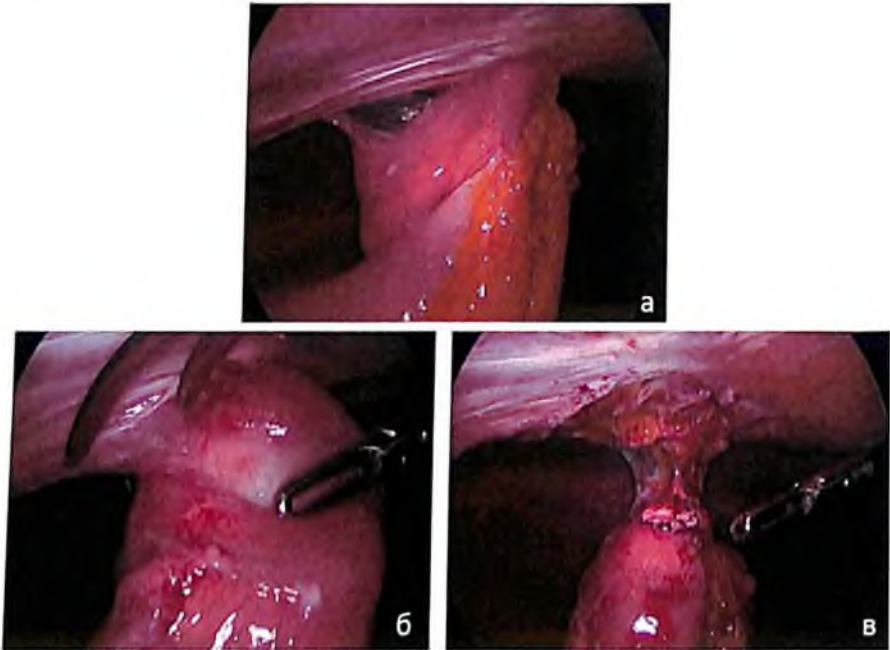
Bemor A., 26 yoshda, kasallik tarixi 2770, RSHTYIM ning Samarqand filialiga 17.05.2010 yilda parhezda xato bo'lganidan keyin klinikaga yotqizilishidan 3 kun oldin paydo bo'lgan biliar kolikasi bilan yotqizilgan. Xuruj bir nechta. Ultratovush tekshiruvida o't tosh kasalligi aniqlandi tavsiya qilingan jarrohlik muolaja qilinmadi

Anamnezdan 1999-yilda Samarqand bolalar xirurgiyasi ilmiy markazida (hozirda - SamMI ning 2-klinikasi) appendektomiya, sanatsiya va qorin bo'shlig'ini drenajlash operatsiyasi klinikaning usuli bo'yicha amalga oshirilganligi aniqlandi. "O'tkir gangrenoz-teshilgan appenditsit, diffuz yiringli peritonit". Operatsiya davomida va operatsiyadan keyin qorin bo'shlig'ini ozonoterapiya bilan davolash va ozonlangan eritmalar infuzioni o'tkazildi. Operatsiyadan keyingi davr notekis kechdi. Keyinchalik, u o'zini qoniqarli his qildi, hech qanday shikoyat ko'rsatmadi. Tekshiruv davomida tashxis qo'yildi: o't toshlari, o'tkir kalkulyozli xoletsistit. 2010 yil 19 mayda keyinga qoldirilgan holda laparoskopik xoletsistektomiya o'tkazildi. Intubatsion behushlik ostida kalka ustiga 10 mm lik troakar o'rnatildi, videokamera joylashtirildi va pnevmoperitoneum qo'llanildi. Qorin bo'shlig'ini qayta ko'rib chiqish paytida bo'shliq aniqlanmadi. Jigar kattalashmagan, normal rang, qirralari biroz yumaloqlangan. Video laparoskop nazorati ostida o'ng gipokondriumda ikkita 5 mm trokar va epigastriumda 10 mm troakar o'rnatildi. O't pufagi o'lchamlari 12.0x6.0x3.0 sm, tarang, devorlari infiltratsiya qilingan, fibrin qoplamasi bilan qoplangan.

Monografiya

Servikal mintaqada yallig'lanishli infiltratsion jarayon va diametri 1,0 sm gacha bo'lgan qattiq tosh aniqlandi. Biroz texnik qiyinchilik bilan kistal kanal ajratib olindi va kliplar 2-1 tartibda joylashtirilib, qisqichlar orasidan kesib o'tildi. Arteriya koagulatsiyalangan.

Qorin bo'shlig'ining boshqa organlarida patologiya aniqlanmadi. O'ng qovurg'a osti prokoli orqali buyrak osti sohasini drenajlash amalga oshirildi. Teshilgan joylar tikilgan. Aseptik qoplam (nakleyka) qo'yilgan. Operatsiyadan keyingi 4-kuni u uyiga ketishiga ruxsat berildi. 08.10.2010da tekshirish uchun chaqiriladi. Hech qanday shikoyat yo'q. Qorin bo'shlig'i patologiyasining ultratovush sonografiyasi aniqlanmagan.



32-rasm. Bemor A. da bitishmani laparoskopik diseksiya qilish: a) bitishmaning umumiy ko'rinishi; b, v) bitishmalarni disseksiya qilish bosqichlari.

Taqdim etilgan klinik misol, operatsiyadan 11 yil o'tib amalga oshirilgan videolaparoskopik aralashuvning bitishma shakllanishining oldini olish bo'yicha ko'rilgan choralar samaradorligini tekshirishga imkon berganligi bilan qiziq.

Tarqalgan appendikulyar peritonitga chalingan bemorlarning reproduktiv salomatligini kimlar o'rganadi?

Reproduktiv salomatlik holatini baholash uchun biz quyidagi tekshiruv usullarini qo'lladik.

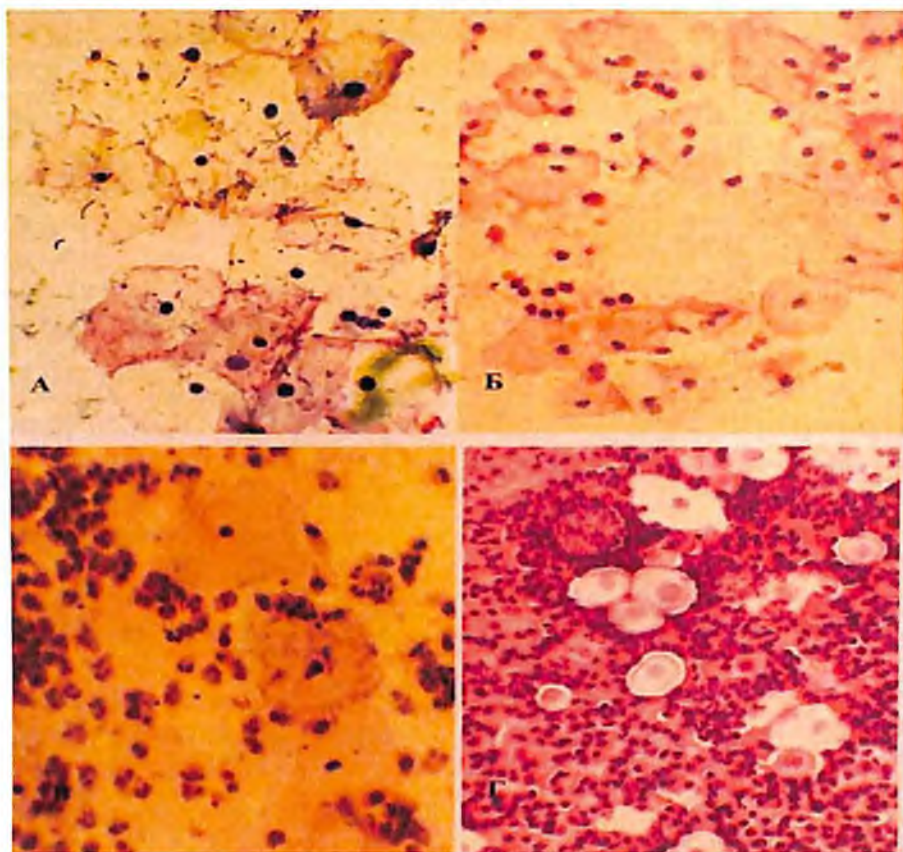
Luteinizatsiya qiluvchi gormon (LG), follikulani stimulatsiya qiluvchi gormon (FMG), progesteron va estradiolning qondagi darajasi hayz davrining har ikki bosqichida 24 nafar bemorda o'rganilgan. Tadqiqot radioimmun laboratoriyasida belgilangan monoklonal antitelalardan foydalangan holda immunoradiometrik usul yordamida o'tkazildi.

Barcha bemorlarda bachadon naychalarining aniqligini **aniqlash diagnostikasi** hayz davrining ikkinchi bosqichida o'tkazildi. Jinsiy infeksiyani istisno qilish uchun ushbu bemorlar surtma va bakterial tahlillardan o'tdilar. Manipulatsiyalardan oldin funksional obstruksiyaning istisno qilish uchun bachadon naychalarini bo'shatishga qaratilgan premedikatsiya o'tkazildi.

Exogisterosalpingoskopiya standart texnikasiga ko'ra, bir 4,5 MGts transvaginal datchikli Toshiba ESCCEE apparati (Yaponiya) yordamida 43 nafar bemorda o'tkazildi.

23 bemorga gisterosalpingoskopiya o'tkazildi. Bachadon naychalarining aniqligini aniqlash uchun manipulatsiya Yaponiyada ishlab chiqarilgan "Toshiba KH50S" rentgen apparatida standart texnikaga muvofiq amalga oshirildi. So'ralganlarning aksariyati 16 yoshdan katta bo'lganlar 70,5%. Bachadon va uning qo'shimchalari appendikulyar peritonit bilan yiringli jarayonda qatnashganligi sababli, bu kasallik kelajakdagi onaning reproduktiv organlarining shakllanishi va funksional faoliyatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Shunisi e'tiborga loyiqki, kasallikning eng yuqori darajasi balog'atga yetish davrida, qizlarning reproduktiv tizimi shakllanayotgan paytda yuz beradi, bu esa kelajakda ularning reproduktiv salomatligi holatiga salbiy ta'sir qiladi.

Reproduktiv tizimga nisbatan muammoli sharoitlarning shakllanishiga bolalik peritonitining ta'siri haqida ma'lum bir xulosaga kelish kerak.



33-rasm . Vaginal surtmaning 4 xil darajadagi tozaligi, RG bo'yicha bo'yash, 20x10.

- a) 1- bet epiteliy hujayralari va Dederleyn tayoqchalarining sof kulturasi,
- b) 2- bet. epiteliy hujayralari, Dederleyn qatorli tayoqchalar sonining kamayishi, oz miqdordagi leykotsitlar,
- v) 3- bet ko'p miqdordagi epiteliy hujayralari, leykotsitlar, Dederleynning bitta tayoqchasi, har xil kokkli mikroflorasining ustunligi,
- g) 4- bet ko'p miqdordagi leykotsitlar, Dederleyn tayoqchalari yo'q, yiringli mikrofloraning ustunligi.

Kolpotsitologik surtmalarda epiteliy hujayralari bilan bir qatorda, odatda epiteliy bo'lmagan hujayralar va tuzilmalar aniqlanadi. Bularga Dederleyn tayoqchalari, leykotsitlar, eritrotsitlar, shilliq kiradi. Surtmada Dederleyn tayoqchalarining ustunligi va oz miqdordagi leykotsitlar yallig'lanish jarayonlari yo'qligini ko'rsatadi.

Bundan tashqari, leykotsitlar va eritrotsitlar soni hayz davrining fazalariga mos ravishda o'zgarib turadi (33-rasm).

Krupko-Bolipova Y.A. va boshqalarning so'zlariga ko'ra (1990), El darajasi siklik o'zgarishlarga duch keladi. Sikning boshida eng past ko'rsatkich qayd etiladi 10%, keyin uning darajasi asta-sekin o'sib boradi va 14-kuni maksimal 73% ga yetadi. Keyin u asta-sekin kamayadi va 28-kuni u eng past ko'rsatkichga ega bo'ladi 4- 6%. Sog'lom qizlarda hayz davrining boshida follikulin fazasida sirt hujayralari 60-80% gacha ko'tariladi, kariopiknotik ko'rsatkichning parallel o'sishi esa 70% gacha.

Ushbu ko'rinish 2-5 kun davomida kuzatiladi. Keyinchalik, hayz davrining lyutein bosqichida sirt hujayralarining ulushi va kariopiknotik ko'rsatkich kamayadi, oraliq qatlam hujayralari ustun bo'lib, parabazal hujayralar paydo bo'ladi 8-10% gacha. Uchinchi bosqichda hujayralar ajraladi.

Asosan yallig'lanish jarayonlari bilan bog'liq bo'lgan patologik sharoitlarda turli xil saprofitlar, kokklar florasi, Kandida jinsiy zamburug'lari va boshqalarni aniqlash mumkin. Ekmalar mikroflorani o'rganish uchun Gramm yoki Romanovski-Gimza bo'yicha ekmalarni bo'yash, immersiya ostida o'rganildi.

Menstrual funktsiya

Reproduktiv funktsiyani baholashda tekshirilayotgan bemorlarda hayz davrining holatiga alohida ahamiyat berildi. Ikkala guruhdagi bemorlarning jinsiy rivojlanish darajasini aniqladik. Jinsiy rivojlanish davriga muvofiq, 2 yosh 12 yosh va 16 yosh va undan katta toifaga bo'lingan.

Jinsiy rivojlanishni baholash sut bezlari (Ma) rivojlanish darajasi, qov sohasi (P) va qo'ltiq osti (Ax) sohalarida soch o'sishi, birinchi hayz ko'rish vaqti (Me) ni o'z ichiga olgan va quyidagi formula bo'yicha hisoblab chiqilgan:

$$\text{Maks} + \text{Px} + \text{Axx} + \text{Mex.}$$

Nazorat guruhida 12 yoshdan 15 yoshgacha bo'lgan jinsiy rivojlanish darajasini baholashda bemorlar asosiy guruh qizlaridan ancha orqada qolishdi (p), shuning uchun nazorat guruhida jinsiy rivojlanish ko'rsatkichi $9,35 \pm 0,2$, asosiy guruhda esa bu ko'rsatkich $9,8 \pm 0,1$.

Operatsiyadan oldingi o'tkir davrda 26 (16,9 %) nafar qizda menarx kuzatilgan va ularda operatsiya endi birinchi hayz ko'rish boshlanish vaqtiga ta'sir qila olmaydi, shuning uchun o'tkazilgan peritonitning hayz davrining shakllanishiga ta'sirini tahlil qilishda

ularning ma'lumotlari hisobga olinmagan. Yil davomida bu bemorlarda hayz siklini o'rganish, quyidagi ma'lumotlarni berdi (8-jadval).

8-jadval

Jarrohlik paytida o'tkir hayz davrining xususiyatlari

Guruhlar Xarakteristika MC	Taqqoslash guruhi (p = 11)		Asosiy guruh (p = 15)	
	abs.	%	abs.	%
Muntazam	9	81,8	13	86,7
Muntazam bo'lmagan	2	18,2	2	13,3
Og'riqli	4	36,4	5	33,3
Og'riqsiz	7	63,6	10	66,7

8- jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, ikkala guruhda ham algodismenoreya belgilari bo'lgan qizlar soni bir xil va bu fakt standart ko'rsatkichlar bilan taqqoslanadi. Shunday qilib, taqqoslash guruhidagi tartibsiz va og'riqli hayz ko'rish mos ravishda 18,2 va 36,4% qizlarda kuzatilgan . Asosiy guruhda ushbu ma'lumotlar deyarli farq qilmaydi (mos ravishda 13,3% va 33,3%) .

Yallig'lanish jarayonining tabiati, tarqalishi va davomiyligi, hayz ko'rish funksiyasini shakllantirishga jarrohlik shikastlanishining ta'sirini aniqlash uchun uzoq muddatli davrda fiziologik amenoreya bilan kasallangan 92 (59,0%) bemorda tahlil o'tkazildi.

Ulardan 9 nafari (5,8%) kuzatuv vaqtida fiziologik amenoreya bilan og'riqan, ushbu bemorlarning yoshi 12-13 yoshda bo'lgan. 9-jadvalda keyingi tekshiruv vaqtida qizlar va ayollarda birinchi hayz ko'rish boshlanish vaqti ko'rsatilgan.

9-jadval

Tekshiruvda menarxaning boshlanish vaqti

Guruhlar Yoshi, yil	Asosiy guruh (p = 65)		Taqqoslash (p = 27)		Jami (p = 92)	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
12	22	33,8	3	11,1 *	25	27,2
13	24	36,9	12	44,4	36	39,1
14	14	21,5	8	29,6	22	23,9
15	5	7,7	4	14,8 *	9	9,8

Izoh: * - guruhlar o'rtasidagi ma'lumotlarning ishonchliligi (P <0,05)

10-jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, bemorlarda ko'pincha (63,0%) menarx 13-14 yoshda bo'lgan, reproduktiv funktsiya buzilgan, hayz ko'rish biroz keyinroq aniqlangan. Shu bilan birga, asosiy guruhdagi bemorlarda menarxning boshlanish vaqti taqqoslash guruhiga qaraganda ancha oldin bo'lganligi ta'kidlandi. Shunday qilib, 12 yoshga kelib, birinchi menstruatsiya kuzatildi, 1-guruhda 11% hollarda va asosiy guruhda 33,8 % deyarli 3 marta ko'p. Menarx 15 yoshga qadar taqqoslash guruhidagi qizlarning 17,8 foizida, asosiy guruhda esa faqatgina 5 (7,7 %) holatda tashkil etilgan ($P < 0,05$).

10-jadval

Bolalik davrida TAP o'tkazgan ayollarning reproduktiv funksiyasi ko'rsatkichlari

Ko'rsatgich	Taqqoslash guruhini n = 62		Asosiy guruh, n = 53		χ^2	R
	abs.	%	abs.	%		
Menstrual siklning tabiati						
Muntazam	45	72,6	45	84,9	2,55	> 0,05
Tartibsiz	17	27,4	8	15,1	2,55	> 0,05
Og'riqli hayz						
Og'riqsiz	38	61,3	43	81,1	5,40	<0,05
Og'riqli	24	38,7	10	18,9	5,40	<0,05
Homiladorlik						
Tashqi homiladorlik epizodlari, tushish, erta tug'ilish	9	48,4	12	22,6	8,17	<0,01
Barcha homiladorlikning normal holati	22	35,5	27	50,9	2,79	> 0,05
Homiladorlik yo'q	10	16,1	14	26,4	0,61	> 0,05
Reproduktiv anamnez						
Erga tegmagan	5	8,1	11	20,8	3,84	0,05
Bolalari bor	39	62,9	35	66,0	0,12	> 0,05
Bepushtlik	18	29,0	7	13,2	16,78	< 0,001

Uzoq muddatli davrda bolalik davrida o'tkazilgan TAP hayz davrlarining siklikligiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi, ammo jarrohlik yo'li, qorin bo'shlig'ini sanatsiya qilish, perioperativ mahalliy va tizimli ozon terapiyasi kurslari bo'yicha taklif qilingan yondashuvlardan foydalanish bemorlarning asosiy guruhida ushbu ko'rsatkichning 27,4 dan 15, 1% ($p > 0,05$) gacha chastotasi ma'lum darajada pasayishiga yordam berdi. Operatsiyadan keyingi TAP kursining tabiati hayz ko'rish og'rig'iga va homiladorlik chastotasiga, shuningdek, uning tabiatiga statistik jihatdan sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Shunday qilib, taqqoslash guruhidagi bemorlar og'riqli hayzdan shikoyat qilish ehtimoli asosiy guruhdagi bemorlarga qaraganda ikki baravar ko'p edi (38,7%, 18,9%, $p < 0,05$).

Bundan tashqari, taqqoslash guruhida tashqi homiladorlik, tushish va muddatidan oldin tug'ilish holatlari ikki baravar ko'p bo'lgan (48,4% 22,6% ga nisbatan, $p < 0,05$) va bepushtlikning rivojlanishi ham xuddi shu ko'rsatkichga teng (29) , 0% va 13,2%, $p < 0,05$).

Gormonal va kolpositologik tadqiqotlar ma'lumotlari

Kolpositologik tekshiruv – reproduktiv funksiya buzilishlarini sitologik tashxislash uchun sirt hujayralarining umumiy soniga piknotik yadrolar bilan yassi epiteliy sirt hujayralarining foizini hisoblash va aniqlash usuli qo'llanildi – kariopiknotik indeks (ki), shuningdek eozinofilik indeks (EI), bu eozinofil rangli sitoplazma bazofil rangli sitoplazma bilan yetuk sirt hujayralariga nisbati.

Kolpositologik tadqiqotlarning diagnostik ahamiyati va organizmning reproduktiv funksiyasining buzilishi sabablarini aniqlash uchun bolalik davrida peritonit bilan kasallangan 92 nafar bemor tekshirildi . Shuningdek, 10 nafar sog'lom ayolda kolpositogrammalar o'rganilib, natijalari standart ko'rsatkichlar sifatida qabul qilindi. An'anaga ko'ra, kolpositogrammalar reproduktiv kasalliklarga chalingan, asosan hayz paytida buzilishlar bo'lgan bemorlarda o'rganiladi. Kolpositogramma natijalarini tahlil qilishda hayz ko'rish kunini hisobga olish kerak edi.

Klinik va ultratovush tekshiruvi ma'lumotlariga ko'ra, bemorlar aniqlangan patologiyaning xususiyatiga qarab quyidagi guruhlarga bo'lingan .

1. Reproaktiv tizim patologiyasi bo'lmagan bemorlar (PD).
2. Bachadon gipoplaziyasi (GM) belgilari bo'lgan bemorlar.

3. Kistoz tuxumdon o'zgarishi (CIA) bo'lgan bemorlar.

4. Tos sohasidagi bitishmaligi bo'lgan bemorlar (SB).

5. Bachadon va qo'shimchalarning yallig'lanish kasalliklari (UIP) bilan og'rigan bemorlar.

Shu bilan birga, bepustlikka shubha qilingan 24 nafar bemorda gipofiz gormonlari (FMG va), shuningdek hayz davrining I va II bosqichlarida progesteron va estradiol darajasi aniqlandi.

6 nafar kishidan iborat birinchi guruhda (taqqoslash guruhi) genital sohaning disfunktsiyasiga shikoyatlar bo'lmagan va SB belgilari yo'q edi. 18 nafar ayol va qizlardan iborat ikkinchi guruhda (asosiy guruh) reproduktiv organlar funksiyalarining ayrim buzilishi va bepustlik to'g'risida shikoyatlar kelib tushdi . Quyida hayz davrining ikkala bosqichida gipofiz va tuxumdon gormonlarining ko'rsatkichlari keltirilgan.

11- jadval ma'lumotlari shuni ko'rsatadiki, guruhlarda gormonlar darajasi ko'rsatkichlari unchalik farq qilmagan, ammo taqqoslash guruhida bu daraja biroz yuqoriroq bo'lgan va taqqoslash guruhidan farqli o'laroq normativ ko'rsatkichlarga yaqinlashgan. Gipofiz gormonlarining me'yorga nisbatan yuqori yoki, aksincha, o'rtacha darajada pastligi hayz davrining turli bosqichlarida qabul qilinadi.

11-jadval

Tekshiruvda qonning gipofizining jinsiy gormonlari ko'rsatkichlari

Gormon darajasi Guruhlar	FSG mE/l		LG mE/L	
	1-bosqich (3,7-5,8)	2-bosqich (5,2-18,6)	1-bosqich (3,7-5,8)	2-bosqich (5,2-18,6)
Qiyosiy (p = 6)	6,2 ± 1,67	9,38 ± 2,71	9,18 ± 2,66 *	19,28 ± 5,52
Asosiy (p = 18)	5,67 ± 0,98	9,26 ± 1,61	6,25 ± 1,33 **	18,56 ± 3,13

Izoh: * farqlarning me'yor bilan solishtirganda ahamiyati ($p < 0,05$);

** guruhlar o'rtasidagi farqlarning ahamiyati ($p < 0,05$).

12- jadvaldan ko'rinib turibdiki, taqqoslaganda, guruhlar orasidagi tuxumdon gormonlari darajasining ko'rsatkichlari sezilarli darajada farq qiladi. Asosiy guruhda ko'rsatkichlar taqqoslash guruhiga qaraganda past edi, garchi ular normal diapazonda bo'lsa ham.

Monografiya

Ko'rib chiqilgan turli guruhlardagi bemorlarda olingan kolpositogrammlar 34-39-rasmlarda ko'rsatilgan.

Epiteliy hujayralari komplekslari, yumaloq va poligonal shakldagi yetuk sirt hujayralari ustunlik qiladi, ularning kattaligi 30-40 mkm, yadrolari 5-7 mkm, hujayra chegaralari yaxshi konturlidir (34-rasm).

1-guruhdagi bemorlarning kolpositogrammlari (patologiyasiz) quyidagilar bilan tavsiflangan: o'rtacha 20-40 hujayradan iborat



34-rasm. 1-guruh - ekma reaksiyasi 3- 4, Papanikolau bo'yicha bo'yash

- a) o'rtacha zichlikdagi epiteliy hujayralarining komplekslari, 20x10;
- b) ko'p qirrali shakldagi yetuk sirt hujayralari, 40x10;
- v) yumaloq shakldagi yetuk sirt hujayralari, 40x10.

12- jadval

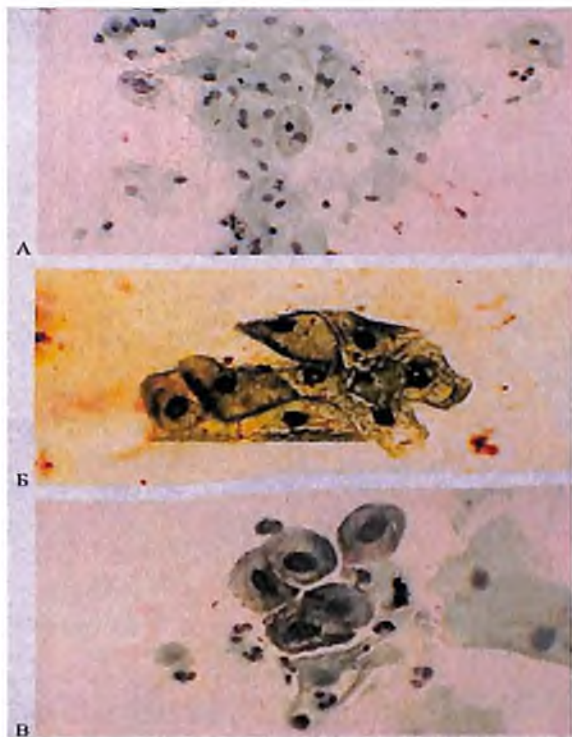
Tekshirilayotgan qonda tuxumdon gormonlarining ko'rsatkichlari

Darajalar gormonlar Guruhlar	Progesteron nmol/L		Estradiol, nmol/l	
	1-bosqich (0,1-6,4)	2-bosqich (10-40)	1-bosqich (0,5)	2-bosqich (0,2-0,8)
Qiyosiy (n = 6)	4,51 ± 0,55	28.19 ± 2.58	0,39 ± 0,03 *	0,7 ± 0,03
Asosiy (n = 18)	1,5 ± 0,32 **	13,57 ± 1,11 **	0,28 ± 0,03 **	0,46 ± 0,04 **

Eozinofil ko'rsatkich hayz davrining fazalariga mos ravishda 30-75% gacha o'zgaradi (EI ning siklning normal kuniga nisbati 1 ga intiladi). Kariopiknotik ko'rsatkichning MS davri bilan mos ravishda 30-70% gacha bo'lgan tebranishlari, shuningdek normal ko'rsatkichga nisbatan moyilligi 1 ga teng. Smakning reaksiyasiga ko'ra 3-4 xil, tozalik darajasiga ko'ra 1-2 daraja ustunlik qiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, birinchi guruhdagi bemorlarning kolpotsitogrammalarida me'yoriy guruh bilan taqqoslaganda farqlar mavjud, ammo bu farqlar ruxsat etilgan og'ish doirasida edi.

2-guruhda (bachadonning gipoplaziyasi) quyidagilar aniqlandi: haddan tashqari ko'plik birinchi guruhga qaraganda bir oz pastroq (har biri 20-25 hujayradan), yetuk hujayralar bilan bir qatorda parabazal hujayralar ham mavjud.

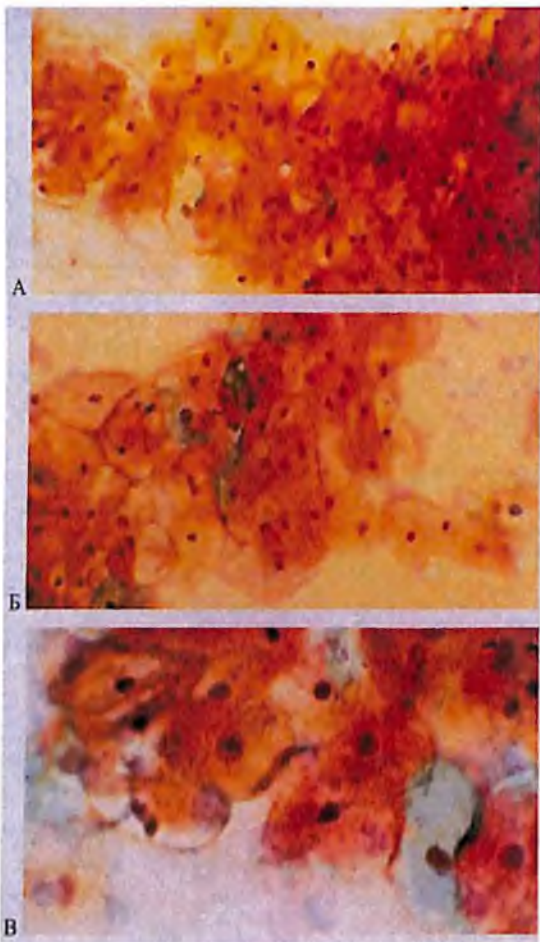
Yetuk epiteliy hujayralarining shakli ko'p qirrali va uchburchak shaklida, parabazal, yumaloq, yadrolari kam farqlanadi. Hujayra chegaralari konturlangan (35-rasm).



35-rasm. 2-guruh ekma reaksiyasi 1-2, estrogen yetishmovchilik belgilari, Papanikolau bo'yog'i

- a) o'rtacha zichlikdagi epiteliy hujayralarining komplekslari, 20x10;
- b) uchburchak shakldagi yetuk yuzaki hujayralar, 40x10;
- v) katta yadrolu dumaloq shakldagi parabazal epiteliy hujayralari, 40x10.

2-35% oralig'idagi eozinofil indeks, MC ning tegishli davrlariga nisbatan keskin kamaygan, bu nisbat 0,1 dan kam. Kariopiknotik indeks ham keskin ravishda 1-16% gacha kamayadi, MC muddatiga nisbati 0,1 dan kam. Yog' reaksiyasi 2-3 xil, tozaligi darajasiga ko'ra 1-2 osh qoshiq. 3-guruhda (tuxumdonlardagi kistik o'zgarishlar) oldingi guruhlardan keskin farqlar mavjud. Tiqilish maksimal darajada, hujayralar katta qatlamlarda joylashgan, yetuk epiteliy hujayralari ustunlik qiladi. Epiteliy hujayralarining shakli asosan yumaloq yoki tasvirlar shaklida, farqlangan yadrolari mavjud. Hujayra chegaralari yomon konturlangan. (36-rasm)

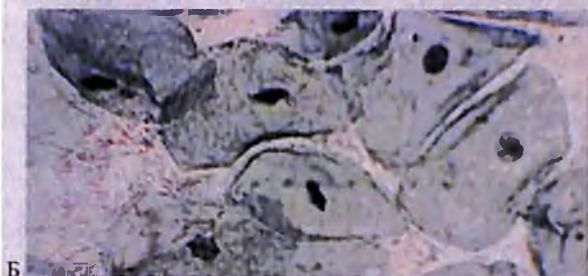
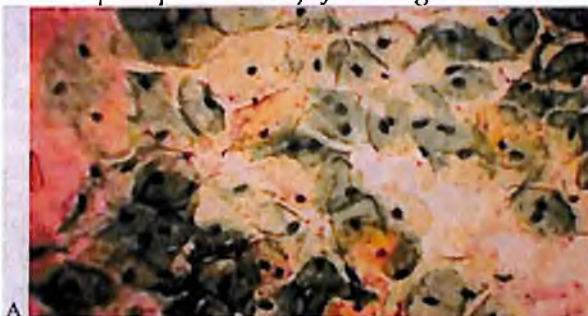


36-rasm. 3-guruh ekma reaksiyasi 2-3, estrogen to'yinganligi belgilari, Papanikolau bo'yog'i

- a) eozinofil epiteliy hujayralarining qatlamlari, 20x10;
- b) yetuk eozinofil epiteliy hujayralari, ko'p qirrali shakli, kariopiknoz, 40x10;
- v) katta yadroli yumaloq shakldagi eozinofil epiteliy hujayralari, bitta bazofil epiteliy hujayralari, 40x10.

Eozinofil ko'rsatkich 50% dan oshadi, MC ning tegishli davrlariga nisbatan keskin o'sdi, bu nisbat 1,2 dan oshdi. Kariopiknotik ko'rsatkich odatdagi 30-80% oralig'ida, MC ga nisbati taxminan 1, 2-3 turdagi ekma reaksiyasi, darajasi bo'yicha tozaligi 2-3 bet.

4-guruhda (bitishma kasallik) ekma morfologiyasi GM bilan kasallangan bemorlar guruhiga yaqin. Siqilish birinchi guruhga qaraganda bir oz pastroq (25-30 hujayradan), lekin ikkinchi guruhga qaraganda yuqori, yetuk hujayralar bilan bir qatorda parabazal hujayralar ham mavjud. Yetuk epiteliy hujayralarining shakli ko'p qirrali va uchburchak shaklida, parabazal, yumaloq bo'lib, yadrolari kamroq farqlanadi. Hujayra chegaralari konturlangan (37-rasm).



37-rasm. 4-guruh ekma reaksiyasi 2-3, o'rtacha darajadagi estrogen yetishmovchilik belgilari, Papanikolau bo'yog'i

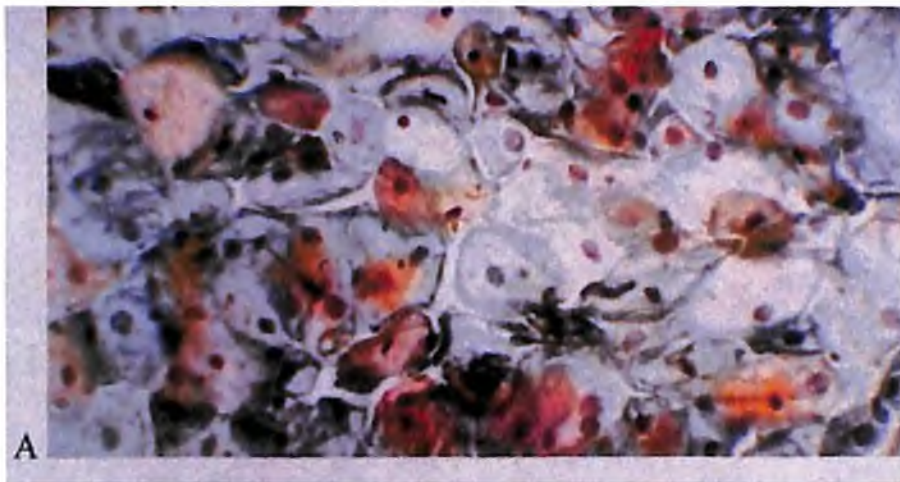
a) epiteliy hujayralarining o'rtacha zichligi, 20x10;

b) yetuk bazofil epiteliy hujayralari, ko'p qirrali va uchburchak shakli, kariopiknoz, 40x10;

v) katta yadroli yumaloq bazofil epiteliy hujayralari, bitta eozinofil epiteliy hujayralari, 40x10.

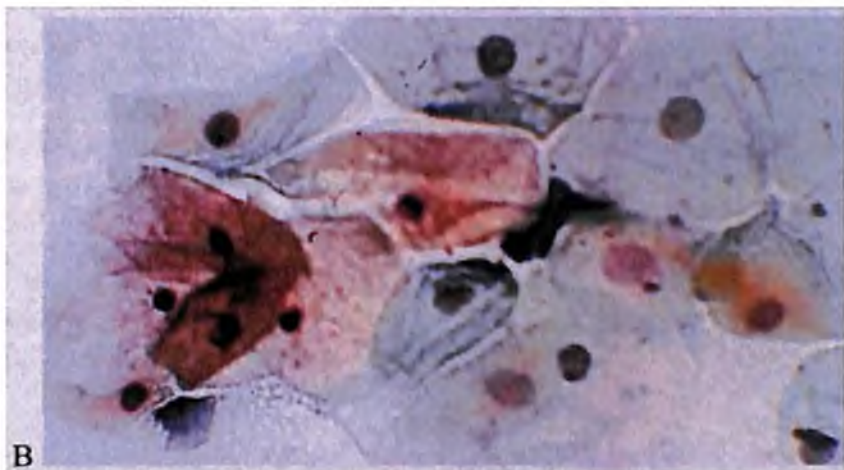
Eozinofil ko'rsatkich 4-60% oralig'ida, MC ning tegishli shartlariga nisbatan o'rtacha pasaygan, bu nisbat 0,4 dan kam. Kariopiknotik ko'rsatkich ham o'rtacha darajada 4-35% gacha kamayadi, MC muddatiga nisbati 0,4 dan kam. Ekmaning reaksiyasi 2-3 xil, tozaligi darajasiga ko'ra 2-3 bet.

5-guruhda (bachadon va qo'shimchalarning yallig'lanish kasalliklari) sezilarli farqlar mavjud. Siqilish maksimal darajada, hujayralar katta qatlamlarda joylashgan, hujayra polimorfizm qatlamlarda ifodalangan, yetuk hujayralar kam. Epiteliy hujayralarining shakli asosan yumaloq yoki oval shaklida bo'lib, o'rtacha yoki yomon farqlangan yadrolari mavjud. Hujayra chegaralari konturlangan (38-rasm). Maksimal tarqalishi 10 dan 70% gacha bo'lgan eozinofil ko'rsatkich MCning tegishli davrlariga nisbatan o'rtacha darajada kamayadi, bu nisbat 0,9 ga teng. Kariopiknotik ko'rsatkich 8 dan 30% gacha sezilarli darajada kamayadi, MS muddatiga nisbati taxminan 0,4 ga teng. Ekma reaksiyasi 1-2 xil, tozaligi darajasiga ko'ra 3-4 bet.



Yuqorida aytib o'tilganlarga asoslanib, ayolning reproduktiv tizimidagi turli xil patologik o'zgarishlar qin ekmalarning sitologik rasmidagi o'zgarishlarni keltirib chiqaradi, degan xulosaga kelish mumkin. Shunday qilib, bachadonning gipoplaziyasi bilan EI va CI darajalarining keskin pasayishi shaklida ekmalarning o'zgarishi qayd etiladi, hujayralar differentsiatsiyasi jarayonlari buziladi. Ushbu guruhdagi bemorlarning qondagi gipofiz va tuxumdon gormonlari

darajasini o'rganayotganda hayz davrining ikkala bosqichida gormonlarning juda kam miqdori aniqlandi.



38-rasm: . 5-gruh ekma reaksiyasi 1-2, estrogen yetishmovchiligining o'rtacha darajasi, Papanikolau bo'yog'i

- a) epiteliy hujayralarining konturli mem-branalari bo'lgan qatlamlari, 20x10;
- b) epiteliy hujayralarining aniq polimor-fizmi, yadro giperxromiyasi, 40x10;
- v) katta yadroli polimorfik bazofil epiteliy hujayralari, aniq kariyopiknozli eozinofil epiteliy hujayralari, 40x10

4-guruhdagi bemorlarning kolpotsitogrammalarini tahlil qilishda deyarli bir xil tasvir kuzatiladi. Shu bilan birga, EI va KI darajasining pasayishi, shuningdek hujayralar differensiatsiyasi jarayonlarining buzilishi birinchi guruhdagidek aniq emas. Bu follikulyar apparatning shikastlanishiga olib keladigan peritonitdan keyin tuxumdon to'qimalarining yopishish jarayonida ham ishtirok etishi bilan bog'liqdir.

Natijada paydo bo'lgan fibrotik o'zgarishlar tuxumdonlarda estrogen va progesteron ishlab chiqarilishining pasayishiga olib keladi, bu esa qin epiteliysining pishib yetish darajasi va differensiatsiyasida aks etadi. Shuningdek tuxumdonlar va gipofiz bezi bir-biri bilan chambarchas bog'liq bo'lganligi sababli, tuxumdonlarning funksional faolligining pasayishi gipofiz tomonidan FSG va LG chiqishi darajasida namoyon bo'ladi.

Aksincha, uchinchi guruhdagi bemorlarning kolpositogrammalarida tuxumdonlarning yuqori darajadagi estrogen stimulatsiyasi kuzatiladi, bu esa EI darajasi oshishi bilan namoyon bo'ladi, garchi CI darajasi normal diapazonda bo'lsa ham. Ushbu bemorlarda qonda FSG va LG miqdorini tahlil qilganda, ikkalasida ham FGS darajasida va hayz davrining ikkinchi bosqichida LG da o'sish kuzatiladi. FSG fraksiyasining ustunligi follikullarning patologik o'sishiga va shunga mos ravishda tuxumdonlar tomonidan estrogen ishlab chiqarishning ko'payishiga olib keladi, bu esa qin ekmlarining sitologik tasvirida aks etadi. Bachadon va bachadon atrofida turli xil yallig'lanish kasalliklarida kolpotsiotologik tasvir hujayra polimorfizmi bilan ajralib turadi. Buning sababi shundaki, yallig'lanish jarayoni tuxumdonlarning estrogen hosil qiluvchi funksiyasining pasayishiga olib keladi, natijada hujayralar differensiatsiyasi jarayonlari buziladi. Ushbu buzilishlar yallig'lanish jarayonining zo'rayishiga bevosita mutanosibdir. Shuni ta'kidlash kerakki, gipofiz gormonlarini chiqarish darajasi bezovta qilinmaydi va hayz davrining ikkala bosqichida ham normal darajada bo'ladi.

Ultratovush tadqiqot

Reproduktiv tizim organlarining davom etayotgan o'zgarishlari holatini o'rganish uchun uzoq muddatli davrda tekshirilgan guruhlarda ultratovush tasvirini qiyosiy baholashga murojaat qildik.

Hozirgi vaqtda ultratovush tekshiruvi (UTT) turli xil kasalliklarni aniqlash uchun keng tarqalgan va umumiy qabul qilingan usuldir.

Ultratovush yordamida olingan ma'lumotlarning to'g'ri talqini bizga to'g'ri tashxis qo'yish va keyingi davolash taktikalarini aniqlashga imkon beradi .

13-jadvalda keltirilgan ma'lumotlardan ko'rinib turibdiki, bolalik davrida peritonit bo'yicha operatsiya qilingan ayollarda reproduktiv funktsiya muammosiga olib keladigan patologiyani aniqlashning ko'p holatlarida tuxumdonlarda kistozli o'zgarishlar va bitishmalik jarayon ustun keldi. Tuxumdonlarning kistozli o'zgarishlari ikkala guruhda ham ko'p uchraydi (17,5% va 24,4% da mos ravishda).

13-jadval

**Kichik tos organlarida aniqlangan patologiyalar
(ultratovush ma'lumotlariga ko'ra)**

Guruhlar Patologiya turlari	Asosiy guruh		Taqqoslash guruhi	
	abs.	%	abs.	%
Patologiyasiz	26	65.0	17	37.8
Yopishish jarayoni	6	15.0	12	26.7
Kistoz o'zgarishlar	7	17.5	11	24.4
Adneksit	1	2.5	1	2.2
Bachadon gipoplaziyasi	-	-	4	8.6
Jami	40	100	45	100

Taqqoslash guruhidagi yopishish jarayoni 26,7% ga yetadi, asosiy guruhda esa 15,0% gacha kamayadi. Tekshiruv davomida bitishma jarayon ko'pincha bachadonning egilishi bilan kechgan, bu ham bepushtlikning sabablaridan biridir. Tuxumdonlarning yallig'lanishi juda kam aniqlangan va faqatgina 2,5 va 2,2% da qayd etilgan. 12-jadvalda keltirilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, asosiy guruhda qo'llaniladigan peritonitni davolash usuli yaqin va uzoq muddatli davrda tos a'zolaridan turli patologiyalar paydo bo'lish xavfini kamaytiradi. Kichik tos suyagi ultratovush tekshiruvida tuxumdonlar follikuliyar apparatning ekografik qiyofasini ifodalovchi xarakterli exo-salbiy qo'shimchalar bilan o'rta exogenlik kichik oval shaklidagi exo-musbat shakllanishi tarzida aniqlanadi.

Tuxumdonda har qanday patologiyaning mavjudligi uning exo tuzilishini o'zgartiradi. Exogrammalarda kistalar asosan bachadonning yon tomonida yoki orqasida joylashgan dumaloq shakldagi bitta kamerali shakllanish sifatida aniqlanadi, shikastlanish kamdan kam ikki tomonlama bo'ladi.

Tuxumdonlarda kista shakldagi o'zgarishlar bilan, exo-salbiy qo'shimchalarning mavjudligi qayd etiladi, aksariyat hollarda ular periferiya bo'ylab joylashgan. Kista shaklidagi o'zgargan tuxumdonlar uzunligini kattalashishi tufayli yumaloq, ammo ko'pincha cho'zinchoq shaklga ega bo'ladi.

Vujudga keladigan o'zgarishlarning xususiyatlarini aniqlashtirish uchun biz TAP o'tkazgan bemorlarda tos a'zolarining ultratovush tekshiruv natijasida olingan bachadon va tuxumdonlar parametrlarini taqqoslashga murojaat qildik. Tuxumdon va bachadonning kattaligi va tuzilishi yoshga, hayz davrining fazasiga, oldingi homiladorlik va tug'ruqqa, shuningdek, qizlar va ayollarning gormonal holatiga qarab o'zgaradi. Bachadon oxirida eng kichik o'lchamga ega sekretor fazasining boshlanishida, eng kattasi hayz ko'rishdan oldin va tuxumdonlar follikulyar fazada va ovulyatsiyadan keyin mos ravishdadir. Shuning uchun bachadon va tuxumdonlarning kattaligi balog'at va reproduktiv yoshdagi (tug'ish va tug'magan ayollar)da alohida keltirilgan.

Uzoq muddatli tekshiruv 46 nafari balog'at yoshidagi qizlar, 68 nafar reproduktiv yoshdagi tug'magan ayol, tug'ruq qilgan 28 nafar ayolda va 14 nafari-da kuzatuv davomida homiladorlikning bachadon shakli aniqlandi. Shuning uchun, ichki jinsiy a'zolar hajmini tekshirilgan so'nggi 14 ta ultratovush ma'lumotlariga muvofiq keltirishni maqsadga muvofiq emas deb hisoblaymiz. Uzoq muddatli ultratovush tekshiruvlari hayz davrining 10-16 kunlarida barcha bemorlarda o'tkazildi. Bachadon va tuxumdonlar hajmini taqqoslash uchun tos a'zolarining ultratovush tekshiruv balog'at yoshidagi 30 nafar sog'lom qizga (12-16 yosh), 30 nafar sog'lom tug'magan ayolga va 30 nafar hayz sikli davrida reproduktiv yoshdagi ayollarga amalda o'tkazildi. Normativ guruhning olingan natijalari adabiyot ma'lumotlariga to'g'ri keladi. 13-jadvalda peritonitdan keyingi uzoq muddatli davrda balog'at yoshidagi qizlarda ichki jinsiy organlarning qiyosiy kattaligi ko'rsatilgan. TAP o'tkazgan taqqoslash guruhi bemorlarida bachadonning faqat anteroposterior kattaligi me'yorga

nisbatan sezilarli darajada oshgan ($p < 0,001$), bachadonning uzunligi va kengligida sezilarli o'zgarishlar bo'lmadi.

Asosiy guruhda bemorlarning bachadon ($P < 0,05$) eni yetarlicha darajada kattalashdi, boshqa o'lchamlari normada edi.

Bachadonning barcha o'lchamlarida TAP o'tkazgan bemorlarda guruhlar o'rtasida sezilarli farqlar mavjud emas. Taqqoslash guruhi qizlari ikkala tuxumdon kattaligining me'yorga nisbatan sezilarli darajada o'sishini ko'rsatdilar ($p < 0,05$). Shunday qilib, TAP o'tkazgan taqqoslash guruhi qizlarida o'ng va chap tuxumdonlarning uzunligi mos ravishda $28,17 \pm 1,40$ va $28,92 \pm 1,84$ mm ni tashkil etdi, odatda bu ko'rsatkich $25,5 \pm 0,58$ mm dan oshmaydi. Ushbu guruhdagi ikkala tuxumdonning kengligini hisobga olgan holda bir xil nisbat aniqlanadi.

14-jadval

Balog'at yoshidagi bemorlarda bachadon va tuxumdonlarning kattaligi

Guruhlar O'lchamlari, mm (norma)	Taqqoslash guruhi	Asosiy guruh	Ma'lumotlarning guruhlar orasidagi ishonchliligi
Bachadon uzunligi ($37,3 \pm 0,62$)	$39,42 \pm 1,6$	$38,43 \pm 3,7$	-
Bachadonning anteroposterior kattaligi ($25,4 \pm 0,44$)	$33,92 \pm 1,46^*$	$27,67 \pm 1,79$	-
Bachadon kengligi ($30,5 \pm 0,4$)	$34,0 \pm 2,11$	$34,11 \pm 1,41^*$	-
O'ng tuxumdon uzunligi ($25,5 \pm 0,58$)	$28,17 \pm 1,40$	$23,56 \pm 1,19$	$P < 0,05$
O'ng tuxumdon kengligi ($22,5 \pm 0,56$)	$26,83 \pm 1,46$	$21,61 \pm 1,00$	$P < 0,001$
Chap tuxumdon uzunligi ($24,1 \pm 0,52$)	$28,92 \pm 1,84$	$21,78 \pm 1,07$	$P < 0,001$
Chap tuxumdon kengligi ($21,8 \pm 0,39$)	$28,58 \pm 2,51^*$	$21,11 \pm 0,74$	$P < 0,05$

Izoh: * farqlarning me'yor bilan taqqoslaganda ahamiyati ($P < 0,05$).

Monografiya

Asosiy guruhda tuxumdonlar kattaligining me'yorga nisbatan ishonchli o'zgarishlari aniqlanmagan, bu fakt ularning me'yorga yaqinlashayotganligini ko'rsatadi. Ammo taqqoslash guruhining tuxumdonlari kattaligi bilan taqqoslaganda sezilarli farq aniqlandi ($p < 0.05$).

Shunday qilib, ultratovushdan foydalanish reproduktiv kasalliklarning sabablarini aniqlash uchun ahamiyatli ma'lumotlarni beradi. Ammo reproduktiv muammolarning sabablarini faqat ushbu tadqiqot texnikasi bilan aniqlash mumkin emas, shuning uchun tekshirilganlarning ayrimlarida rentgen tekshiruvini o'tkazildi.

Gisterosalpingografiya

Keng tarqalgan peritonitdan keyin bepushtlik rivojlanishining asosiy mexanizmlaridan biri kichik tosdagi bitishmalikka asoslangan bachadon naychalarining okklyuziv zararlanishidir [107,232].

Shu munosabat bilan, bolaligida TAPdan keyin bepushtlik bo'lgan 23 (92.0%) ayollarda ($n = 25$) gisterosalpingografiya va exogisterosalpingoskopiya bepushtlikning tubo-peritoneal shaklini chiqarib tashlash yoki tasdiqlash uchun qilingan (39-rasm). Boshqa 2 bemorda ovulatsiya yo'qligi (1) va bachadon gipoplaziyasi (1) aniqlandi. Bizning kuzatishlarimiz bo'yicha, TAP o'tkazilgandan keyin ayollarda bachadon naychalarining okklyuziv zararlanishlari bilan kasallanish hollari 11 ga (47,8%) to'g'ri keladi, barcha bemorlardan 10 tasi (90,9%) da - o'ng bachadon naychasining shikastlanishi qayd etilgan, shu jumladan 2 tasida ikki tomonlama shikastlanish (40-rasm), 4 tasidagi to'liq tiqilib qolish (41-rasm) va yana 4tasida o'ng tomonda qisman okklyuziya.





39-41-rasmlar. Gisterosalpingografiya: bachadon naychalari ochilishini turli variantlari

Chap bachadon naychasining ajratilgan shikastlanishi faqatgina 1 ta holatda qisman okklyuziya shaklida tashxis qo'yilgan. Amalga oshirilgan gisterosalpingografiyalarning kamligi, bachadon naychalarining shikastlanish chastotasidagi farqlarning statistik ahamiyatini va ularning asosiy guruhdagi solishtirish guruhidagi tuzilishini baholashga imkon bermaydi.

15-jadval

Bolalikda TAPdan keyin bepushtlik bo'lgan ayollarda bachadon naychalarining okklyuzion shikastlanishi tuzilishi

Guruhlar Shikastlanish Belgilari	Taqqoslash guruhi, n = 16		Asosiy guruh, n = 7		χ^2	R
	abs.	%	abs	%		
Ikkala quvurning o'tkazuvchanligi saqlanib qoladi	7	43,8	5	71,4	1,50	>0,05
Okklyuziv shikastlanish:	9	56,3	2	28,6	1,50	>0,05
ikkala tomonning okklyuziyasi	2	22,2	0	0,0	0,96	>0,05
o'ng tomonda okklyuziya	3	33,3	1	50,0	0,07	>0,05
o'ng tomonda qisman okklyuziya	3	33,3	1	50,0	0,07	>0,05
chap tomonda qisman okklyuziya	1	11,1	0	0	0,46	>0,05

Shunisi qiziqki, har ikkala bachadon naychalarining xavfsiz o'tkazuvchanligi bo'lgan bepusht ayollarda biz ba'zan polikistik tuxumdonlarni (3) topdik va 1da bachadon gipoplaziyasi aniqlandi

Reproduktiv tizim buzilishlarining sabablarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bolalik davrida qizlarda peritonit uchun qilingan operatsiya uzoq muddatli davrda bepushtlikning nay-peritoneal shakllari rivojlanishining omillaridan biridir. Bundan tashqari, uning chastotasi tarqalishdan, yoshga, operatsiyadan keyingi davrda asoratlarning mavjudligiga va operatsiya hajmiga bog'liq.

Ushbu holat, bizning fikrimizcha, nafaqat ginekologlar va reproduktiv soha patologiyasi bilan shug'ullanadigan boshqa mutaxassislarining, balki, avvalambor, bolalar qorin bo'shlig'i jarrohlarining diqqatini jalb qilishi kerak. Reproaktiv tizim kasalliklarini diagnostikasi, shu jumladan ultratovushli sonografiya, gisterosalpingografiya, exogisterosalpingoskopiya kabi klinik usullarni va hayz davrining holatini (kolpositologik tekshiruv) hisobga olgan holda ishlatiladigan tadqiqot usullari ishonchli tashxis qo'yish va oqilona davolash taktikasini tanlashga imkon beradi.

Keyingi tekshiruvlar natijasida olingan bemorlarning reproduktiv tizimining holatini qiyosiy baholash shuni ko'rsatdiki, klinikada ishlab chiqilgan peritonitni davolashning kompleks usuli va profilaktika choralarini qopishish jarayonlarini rivojlanish ehtimolini pasaytiradi va organizmning reproduktiv funksiyasini saqlashga yordam beradi.

XULOSA

Bolalar yoshidagi jarrohlikda o'tkir appenditsit uchun qilingan shoshilinch jarrohlik aralashuvlar qorin bo'shlig'ining o'tkir jarrohlik kasalliklariga nisbatan 40-80% ni tashkil qiladi. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, o'tkir appenditsit peritonitning keng tarqalgan shakllari bilan 6,4 dan 40% gacha kuchayadi. Balog'at yoshidagi qizlarda ko'pincha qorin bo'shlig'ining o'tkir jarrohlik kasalliklari orasida plevioperitonit uchraydi. Turli mualliflarning fikriga ko'ra, appenditsit va ichak tutilishidan keyingi uchinchi o'rinda turadi va 2,0 dan 5,1% gachani tashkil qiladi. Ko'pgina mualliflar ushbu kasallikning rivojlanishini patogen va shartli- patogen floraning ayol jinsiy a'zolari orqali qorin bo'shlig'iga kirib borishi, keyinchalik yallig'lanish va bitishmalik shakllanishi bilan bog'lashadi.

Qizlarda TAP deyarli har doim ikkilamchi salpingo-oforitning rivojlanishiga sabab bo'ladi. Buning natijasi ektopik homiladorlik chastotasining ko'payishi, tuxumdonlarning ikkilamchi polikistozi va retension kistalarning rivojlanishi, shuningdek ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra bemorlarning ushbu toifasida 10-57% ni tashkil etuvchi nay-peritoneal bepustliklar kelib chiqadi. Bundan tashqari, turli xil mualliflarning fikriga ko'ra, laparotomiyadan so'ng qorin bitishmaligi shakllanishining chastotasi 42-97,8% ni tashkil qiladi va appendikulyar peritonitga uchragan bemorlarning 19,9% da qorin bo'shlig'ining bitishmaligi belgilari mavjud.

Ammo, hozirgi kungacha mavjud adabiyotlarda kichik tos suyagidagi bitishmalikning oldini olish va qizlarda kichik tos suyagi jinsiy organlariga salbiy ta'sirini kamaytirishga qaratilgan appendikulyar TAPni maqsadli davolash masalalariga yetarlicha e'tibor berilmayapti. Yuqoridagilar bilan bog'liq holda operatsiyadan keyingi uzoq muddatda reproduktiv salomatlikni yaxshilash uchun qizlarda TAPni jarrohlik davolashni takomillashtirish vazifasi dolzarbdir.

Tadqiqotning maqsadi qizlarda TAPni jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish va operatsiyadan keyingi uzoq muddatda ularning reproduktiv salomatligini o'rganish edi.

Klinik, instrumental va morfologik tadqiqot usullari asosida quyidagilar tashkil etildi:

Peritonitda qorin pardasining xarakterli morfologik xususiyati mezoteliositlarning deskvamatsiyasi va qorin pardasining mayda

tomirlari trombozi shaklida o'zgarishi bo'lib, bu qorin pardasining to'siqli-rezorbsion funksiyasini sezilarli darajada buzilishiga olib keladi va shuningdek, bitishma shaklining hosil bo'lishining zaruriy shartidir. Ozonoterapiya fibroblastlarning faolligini kamaytirishga, yallig'lanish jarayonining intensivligini kamaytirishga va bitishmalikning shakllanishiga yordam beradi.

Qizlarning asosiy guruhida TAP uchun jarrohlik aralashuvning barcha asosiy bosqichlarini texnikasini optimallashtirish operatsiyaning o'rtacha davomiyligini, mexanik shamollatish davomiyligini, ORIT da o'tkazilgan vaqtni va operatsiyadan keyingi og'riqni kamaytirish muddatini ishonchli ravishda kamaytirishga imkon berdi. Tavsiya etilgan algoritm ichak harakatining sezilarli darajada erta tiklanishiga va birinchi mustaqil najasning paydo bo'lishiga hissa qo'shdi, asosiy guruhdagi bemorlar o'rtacha 3 kun oldin faollashdilar, kasalxonada yotish kunlari darajasi 1,9 martaga, o'lim esa guruhga nisbatan 12,5 baravar kamaydi.

TAP bilan qizlarni kompleks davolash usullarini takomillashtirish operatsiyadan keyingi ventral churralar bilan kasallanishning uzoq muddat davomida 13,3% dan 2,7% gacha, ligatur fistulalar 22,4% dan 3,8% gacha, bitishma kasalliklar 21,4% gacha kamayishiga yordam berdi. 8,1% gacha va OSKN uchun qayta operatsiyalar 5,1% dan 0,5% gacha; Kechiktirilgan peritonit va jarrohlik aralashuvlarning qizlarning reproduktiv tizimiga salbiy ta'sirini minimallashtirdi: og'riqli hayz ko'rish, tashqi homiladorlik, muddatidan oldin tug'ilish va nay-peritoneal bepushtlik holatlari taxminan 2 baravar kamaydi.

Ilgari appendikulyar peritonitni boshdan kechirgan ayollarda reproduktiv kasalliklar diagnostikasi uchun bepushtlikning nay-peritoneal shaklini boshqa shakllardan ajratib turishga imkon beradigan tos a'zolari ultratovush tekshiruvi, gisterosalpingografiya va gisterosalpingoskopiya o'tkazish tavsiya etiladi .

АДАБИЁТЛАР

1. Абдихакимов А.Н. Прогнозирование и профилактика спаечной болезни: автореф. дис... канд. мед. наук. Ташкент, 1999. 19 с.

2. Абикулов К.А. Комплексное лечение больных с разлитым гнойным перитонитом в послеоперационном периоде /К.А.Абикулов, Т.О.Орынов, А.И.Махмудов/ // Мед. журн. Казахстана. 1999. №2. С.45-47.

3. Аверин В.И., Гринь А.И., Севковский И.А. Лечение аппендикулярного перитонита у детей на современном этапе // Хирургия Восточная Европа. 2015. № 3 (15). С. 88-92.

4. Агзамова М.Н. Пути улучшения результатов лечения перитонитов с учетом фазы заболевания, степени загрязненности микрофлорой брюшной полости и иммунитета: автореф. дис... канд. мед. наук. Ташкент, 2001. 22 с.

5. Акилов Х.А., Вахидов А.Ш. Тактика лечения распространенных аппендикулярных перитонитов у детей // Хирургия Узбекистана. Ташкент, 2009. №3.- С. 10-11.

6. Александров А.С. Специальные функции женского организма после острого аппендицита, перенесенного в периоде полового созревания и профилактика их нарушений: автореф. дис... канд. мед. наук. Иваново, 1988. 19 с.

7. Алексеев С. А. Диагностика, прогнозирование, лечение и профилактика гнойно-септических осложнений у больных с интраабдоминальной инфекцией (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 49 с.

8. Алибаев А.К. Диагностика и лечение ранней спаечно-паретической кишечной непроходимости у детей: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук /Башкирский государственный медицинский университет. Уфа, 2008.

9. Аллаев М.Я., Абдувалиева Ч.М., Тоирова У.Т., Давронов А.К. Тактика комплексного лечения аппендикулярного перитонита у детей // В сборнике: Перитонит от а до я (всероссийская школа) Материалы IX Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. Под редакцией А.Б. Ларичева. 2016. С. 79-80.

10. Антибактериальная терапия хирургической абдоминальной инфекции и абдоминального сепсиса/Б.Р. Гельфанд и соавт. // *Consilium medicum*. 2000. Том.2, №9. С. 374-379.

11. Аскарлов Д.А., Улмасов К.Э., Каххоров А.И., Холматжонов С.С. Лимфотропное введение антибактериальных препаратов в лечении аппендикулярных перитонитов у детей : научное издание. // *Вестник экстренной медицины*. Ташкент, 2014.- N2. С. 156-159

12. Ашрафов Р. А., Давыдов М. И. Дренирование и лаваж брюшной полости, декомпрессия и лаваж полых органов желудочно-кишечного тракта в лечении перитонита // *Хирургия*. 2001. №2. С. 56-59.

13. Аштаб Халид. Озонотерапия в комплексном лечении распространенного гнойного перитонита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 18 с.

14. Бабаджанов Б. Р. Диагностика и лечение ранней острой спаечной кишечной непроходимости // *Хирургия Узбекистана*. – 2001. - №2. – С. 82-83.

15. Багаев В. Г., Рошаль Л.М., Острейков И.Ф., Карасева О.В., Тюрюмина М.И. Энтеральное питание при лечении перитонита аппендикулярного происхождения у детей // *Анестезиология и реаниматология*. – М. – 2003. - №3. – С. 57-60.

16. Байбеков И. М. Спайки брюшины и возможные механизмы их образования // *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. – 1996. - №11. – С. 589-593.

17. Баймаков С. Р. Профилактика спаечной болезни после операций на органах брюшной полости: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Т., 2001. – 17 с.

18. Баранов А.А. Пневмония у детей. Клинические рекомендации/М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 28 с.

19. Барсуков К. Н. Абсцессы брюшной полости как причина послеоперационного перитонита/К. Н. Барсуков, Г. П. Рычагов // *Новости хирургии*. – 2011. – Т. 19, №. 4. – С. 71–76.

20. Башар Х.Ш. Превентивная терапия и интраоперационная профилактика осложненного течения острого аппендицита у детей (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 19 с.

21.Белобородова В.Б. Актуальные аспекты антимикробной терапии хирургических инфекций // Consilium Medicum (хирургия). – 2004. - Прил.№1. С. 11-13.

22.Божко Т. В. Выбор метода санации брюшной полости при терминальных перитонитах аппендикулярного генеза у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск. 2004. – 21 с.

23.Бондаренко П.П., Рамонова Л.П., Егорова Н.А. Лечение послеоперационных осложнений у детей с аппендикулярным перитонитом // В сборнике: Сборник материалов I Международной (X Всероссийской) научно-методической конференции ООО МИП «Ассоциация независимых экспертов в области качества», ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный университет», ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный университет». 2014. С. 157-158.

24.Бондарюк Л.Н. Эндовидеохирургическое лечение аппендикулярного перитонита у детей // Вестник проблем биологии и медицины. 2010. № 2. С. 015-019.

25.Борщикова Т. И. Особенности интенсивной терапии у детей с рас-пространенным гнойным перитонитом при использовании лапаростомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск. 2001. – 18 с.

26.Н.В. Буторина, А.М. Запруднов, Я.М.Вахрушев, П.Н. Шараев. Особенности метаболизма коллагена у детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2012. №5. С.96-99.

27.Буянов В. М., Коротаев А. Л., Лаберко Л. А., Фомин В. В. Оценка степени функциональной недостаточности кишечника у больных с распространенным перитонитом // Актуальные вопросы практической медицины (хирургия): Тез. докл. – М., 1998. С. 20-21.

28.БуяновВ.М., РодоманГ.В., БелоусГ.Г.Экспериментальная модель острого гнойного перитонита //Хирургия. 1997.-№1 . С.25-28.

29.ВеселыйС.В. Анаэробная микрофлора при острых заболеваниях органов брюшной полости у детей/СВ .Веселый/ /Хирургия. 1999.-№4. С.34-36.

30.Веселый С.В. Повышение эффективности лечения острой хирургической патологии живота у детей: автореф. дис... д-рамед.наук. Киев,1998. 38с.

31.Вечеркин В.А., Высоцкая В.П., Гисак С.Н., Кораблёв В.А., Коряшкин П.В., Кузнецова В.О., Баранов Д.А. Дифференцированный подход к лапароскопическому лечению перитонитов у детей //Молодежный инновационный вестник. Т. 5. № 1. С. 15-17.

32.Вечеркин В.А., Коряшкин П.В., Кузнецова В.О., Склярова Е.А., Птицын В.А., Гисак С.Н. Острый гнойный перфоративный перитонит аппендикулярного происхождения, вызванный кишечной палочкой (*escherichiacoli*) //Молодежный инновационный вестник. Т. 5. № 1. С. 17-19.

33.Винник Ю. С. Аппендикулярный инфильтрат/Ю. С. Винник, В. И. Замашиков, В. Е. Тучин // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2005. – Т. 55, №. 6. – С. 33–36.

34.Владимиров Ю. А. Арчаков А. И. Перикисное окисление липидов в биологических мембранах. – М.: Наука, 1972. - 252 с.

35.Воробьева А.А., Бебуришвили А.Г., Михин И.В.Профилактика спаечной болезни брюшной полости //Хирургия. 1998.- №3. С.65-68.

36.Гавриленко Г. А., Кубышкин В. А., Тарасенко В. С., Белоклонов С. В. Перекисное окисление липидов при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Хирургия. – 1999. - №9. С. 16-21.

37.Гаврилюк В.П. Иммунометаболические нарушения при аппендикулярном перитоните у детей и разработка способов их коррекции: автореферат дис. ... доктора медицинских наук : Курский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации. Курск, 2013

38.Гаврилюк В.П. Иммунометаболические нарушения у детей с аппендикулярным перитонитом //International Journal on Immunorehabilitation. 2010. Т. 12. № 2. С. 220а.

39.Гаврилюк В.П. Клинико-иммунологическая эффективность лонгидазы у детей с аппендикулярным перитонитом // Врач-аспирант. 2011. Т. 44. № 1.1. С. 140-145.

40. Гаврилюк В.П. Связь клинико-иммунологической эффективности лечения аппендикулярного перитонита у детей со структурно-функциональными свойствами и генетической детерминированностью эритроцитов по системе АВ0 и RH // *Фундаментальные исследования*. 2011. № 11-2. С. 277-280.

41. Гаврилюк В.П. Структурно-функциональные нарушения эритроцитов у детей с легким и тяжелым течением аппендикулярного перитонита. // *Системный анализ и управление в биомедицинских системах*. 2010. Т. 9. № 1. С. 232-235.

42. Гаврилюк В.П. Фармакологическая коррекция галавитом иммунных нарушений при аппендикулярном перитоните у детей // *Научные ведомости Белгородского государственного университета*. Серия: Медицина. Фармация. 2012. Т. 20. № 22-1. С. 70-73.

43. Гаврилюк В.П. Эффективность применения иммуномодулирующих и антиоксидантных препаратов при аппендикулярном перитоните у детей // *Врач-аспирант*. 2011. Т. 48. № 5.4. С. 509-513.

44. Гаврилюк В.П., Караулов А. В., Конопля А. И. Иммуномодулирующая терапия в комплексном лечении аппендикулярного перитонита у детей // *Иммунология*. - Москва, 2011. - №4. - С. 213-216.

45. Гаврилюк В.П., Конопля А.И. Роль показателей адаптивного иммунитета в выборе хирургической тактики лечения аппендикулярного перитонита у детей // *Медицинская иммунология*. 2015. Т. 17. № 5. С. 328.

46. Гадельшин Э. С., Комаров О. А. Совершенствование диагностики и прогнозирования послеоперационных гнойно-септических осложнений в абдоминальной хирургии у детей // *Актуальные вопросы хирургической инфекции у детей: Тез. докл.* - Воронеж, 2004. - С. 136.

47. Гариб Ф.Ю., Залялиева М.В., Давтян В.Г. Количественная характеристика Т- и В-лимфоцитов в норме и при некоторых заболеваниях. Оценка иммунного статуса и его коррекция при различных патологических состояниях. - Ташкент, 1991. - С. 24-26.

48. Гаткин Е.Я., Коновалов А.К., Виноградов А.Я., Пеньков Л.Ю. Лечение методом квантовой фотостимуляции детей с динамической кишечной непроходимостью на фоне гнойного перитонита аппендикулярного генеза // *Лазерная медицина*. 2014. Т. 18. № 4. С. 16.

49. Гельфанд Б. Р., Еременко А. А., Проценко Д. Н. Инфузионная терапия при тяжелом сепсисе и септическом шоке // *Consilium Medicum*. – 2006. - №7. - С. 48-53.

50. Гисак С.Н., Склярова Е.А., Вечеркин В.А., Черных А.В., Глаголев Н.В., Баранов Д.А., Птицын В.А., Гурвич Л.С., Минаков О.А., Коряшкин П.В. Современные причины поздней диагностики острого аппендицита у детей // *Детская хирургия*. 2017. Т. 21. № 4. С. 185-189.

51. Гисак С.Н., Склярова Е.А., Вечеркин В.А., Черных А.В., Птицын В.А., Нейно Н.Д., Баранов Д.А., Шестаков А.А., Гаврилова М.В., Минаков О.А., Коряшкин П.В. Особенности синегнойного аппендикулярного перитонита у детей и оптимизация лечения больных // *Детская хирургия*. 2017. Т. 21. № 5. С. 240-244.

52. Глуховец Б.И., Лебедев С.С., Рязанцев Е.А. Значение сосудистых нарушений в патогенезе хронического сальпингита // *Акушерство и гинекология*. - 1983. - №9. - С. 67-68.

53. Гордеев С.М., Кравченко В.И., Елисеев А.В. Профилактика и лечение спаечной кишечной непроходимости у детей, оперированных с общим аппендикулярным перитонитом // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2010. № 2. С. 41-43.

54. Городков С.Ю. Результаты лапароскопического лечения аппендикулярных перитонитов у детей // *Практическая медицина*. 2010. № 7 (46). С. 45.

55. Городков С.Ю., Ключев С.А. Характеристика внутрибрюшного давления при аппендикулярном перитоните у детей // *Практическая медицина*. 2010. № 7 (46). С. 46.

56. Гостищев В. К., Сажин В. П., Авдовенко А. Л. Перитонит. - М.: Медицина, 2002. – 237 с.

57. Губернаторова Л.В., Веселова Т.Е. Микробная этиология аппендикулярного перитонита у детей // В книге: Научная сессия студентов - 2014 тезисы докладов. Нижегородская государственная медицинская академия. 2014. С. 19.

58.Гузеев А. И. Интубация тонкой кишки в неотложной абдоминальной хирургии //Вестник хирургии. - 2002. - Том.161, №2. - С. 92-95.

59.Гумеров А.А., Султангужин А.Ф., Миронов П.И. Оценка клинической эффективности комплексного применения миоглобинового теста и ультрасонографии брюшной полости в выявлении послеоперационных осложнений у детей с распространённым перитонитом //Пермский медицинский журнал. 2011. Т. 28. № 2. С. 49-56.

60.ГуркинЮ.А. Здоровье девочек-подростков России /Ю.А.Гуркин //Материалы Второй Национальной Ассамблеи.- М.,1997.-С.28-29.

61.Гусейнов С. А. Комплексная диагностика и антибактериальная терапия неклостридиального анаэробного перитонита //Анналы хирургии. - 2000. -№6. - С. 62-65.

62.Давранов Б.Л. Лечение перитонита у девочек и изучение их репродуктивного здоровья в отдаленные сроки после операции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. -Башкир. гос. мед. ун-т. -Уфа, 2008. -22 с.

63.Данилов О.А., Доманский О.Б., Христенко В.В., Дзюман О.В. Выбор хирургической тактики при выявлении дивертикула Меккеля в условиях острой абдоминальной патологии // Хирургия Украины. 2010. № 3 (35). С. 73-77.

64.Девятов В.Я. Причины и результаты релапаротомий при остром аппендиците //Хирургия Узбекистана. - 2003. - №3. - С. 29-30.

65.Демиденко Ю.Г., Рыбальченко В.Ф. Результаты лечения детей с отграниченными перитонитами //Хирургия Восточная Европа. 2015. № 3 (15). С. 93-100.

66.Дерябин Д. Г., Курлаев П. П. Информативность биологических свойств возбудителя при прогнозировании длительности течения гнойно-воспалительных заболеваний стафилококковой этиологии //Вестник хирургии. - 1999. - №1. - С. 45-48.

67.Долгарева С.А., Гаврилюк В.П., Нарушения структурно-функциональных свойств эритроцитов и иммунного статуса и их коррекция у детей с аппендикулярным перитонитом //Научные

ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. 2010. Т. 12. № 22. С. 106-111.

68.Долецкий А.С. Нарушения кровообращения и их коррекция в хирургии брюшной полости у детей.: Автореф. дис. ... док. мед. наук. - М. 1988. -29 с.

69.Дронов А.Ф., Волков И.Е., Царьков М.В., Бабанов Д.В., Игнатъев Е.А., Сафронов Б.Г.С. Восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде у детей с разлитым гнойным перитонитом с применением защитной ганглиоплегии //Детская хирургия. 2010. № 5. С. 4-6.

70.Дронов А.Ф., Котлобовский В.И., Смирнов А.Н., Залихин Д.В., Маннанов А.Г., Чундокова М.А., Ярустовский П.М., Холостова В.В., Челак А.О. Послеоперационные спаечные осложнения после лапароскопической хирургии у детей //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2008. № 10. С. 54-59.

71.ДроноваА.Ф., СмирноваА.П., ОникаМ.О., Блинникова О.И.Гинекологические заболевания в дифференциальной диагностике острых болей в животе у девочек///Вопросы охраны материнства и детства.-1989 .-№8 .-С.26-30.

72.Дронов,А.Ф. Патология внутренних половых органов у девочек, симулирующая острый аппендицит /А.Ф.Дронов //Педиатрия.-1989.-№4.-С.35-39.

73.Дуданов И. П., Меженин А. М., Шаршавицкий Г. А. Оценка эффективности дренирования брюшной полости //Вестник хирургии. – 2001. -№1. –С. 63-66.

74.ДудановИ.П., МеженинА.М., ШаршавицкийГ.А.Оценка эффективности дренирования брюшной полости //Вестн. хирургии им. И.И.Грекова.-2001.-№1 .-С63-66.

75.Дюк Дж. Секреты анестезии: Пер. с англ. — М.: МЕД пресс-информ, 2005. — 552 с.

76.Ерьюхин И.А. Хирургия гнойного перитонита //ConsiliumMedicum (хирургия). – 2003. - №6. - С. 337-342.

77.Ефименко Н. А., Базаров А. С. Антимикробная терапия интраабдоминальных инфекций //Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2003. - Том.5, №2. - С. 153-166.

78.Жарова О.Ю. Сальпингоофориты аппендикулярного происхождения у девочек: автореф.дис... .канд.мед.наук.-СПб.,1997.-20с.

79.Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. – М.: Медицина, 1989.– 191с.

80.Женчевский Р.А. Хронический адгезивный перитонит у детей и подростков.–М: 1995. 10 с.- Деп. В ЦГНМБ МЗ РФ 18.12.95, № 24.886

81.Зайцева Т.В. Лапароскопический способ лечения аппендикулярного перитонита у детей //Медицинский вестник Северного Кавказа. 2009. Т. 13. № 1. С. 85b-86.

82.Заскин С. З. Состояние антисвертывающей системы крови при разлитом гнойно-фибринозном аппендикулярном перитоните у детей: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – М., 1999. – 23 с.

83.Зуева Е.Е., Каган А.В., Акопян А.С., Голубева В.И., Солнцев В.Н. Диагностическая значимость анализа субпопуляционного состава моноцитов у детей с первичным перитонитом//Российский педиатрический журнал. 2014. Т. 17. № 2. С. 18-22.

84.Ибраимов Ж.Х., Акилов Х.А., Тошбоев Ш.О. Пути профилактики спаечной кишечной непроходимости у детей, оперированных с перитонитом // Научная дискуссия: вопросы медицины: сб.ст.по материалам LV Международной научно-практической конференции "Научная дискуссия: вопросы медицины". - №11 (41).–М; Изд."Интернаука", 2016.–С. 64–67.

85.Иванов В. А., Степанов Н. А., Прошина Е. В., Цветкова Е. И., Табакина Т. Е. Нарушения микроциркуляции и функциональной активности макрофагов, методы их коррекции у больных с аппендикулярным перитонитом //Детская хирургия. – 1999. - №1. - С. 18-21.

86.Иванов В.А., Степанова Н.А., Прошина В.Е. Нарушение микроциркуляции и функциональной активности макрофагов, методы их коррекции у больных с аппендикулярным перитонитом //Детская хирургия.-1999.-№1.-С.18-21.

87.Иванов В.В. Место эндовидеохирургических методов в лечении острой спаечной кишечной непроходимости у детей. В.В.

Иванов, М.М. Смоленцев, А.Г.Кинаров// Детская хирургия. – 2012. №3. - С. 13-14. – Библиогр.: с.14

88.Идов И. Э. Аспекты применения озона в медицине //Анестезиология и реаниматология. – М., 1997. - №1. - С. 90-94.

89.Ионов Д. П. Эндолимфатическая терапия в лечении разлитого перитонита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ижевск, 2003. – 23 с.

90.Исаев Г. Б., Гусейнов С. А., Рагимова А. М., Алиева Э. А. Временная илеостома в лечении послеоперационного разлитого гнойного перитонита //Хирургия. – 2000. - №1. - С. 25-27.

91.Исаков Ю.Ф., Дронова А.Ф.[ред.]. Острый аппендицит. Детская хирургия: Национальное руководство. М ГЭОТАР-Медиа, 2009; 690. (84,32)

92.Каган А.В., Акопян А.С., Зуева Е.Е., Голубева В.И., Солнцев В.Н. Иммунологические особенности у детей с первичным перитонитом //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2014. Т. 173. № 2. С. 57-60.

93.Кадышев Ю. Г. Возможности диагностической микролапаротомии в неотложной хирургии органов брюшной полости //Вестник хирургии. – 1999. - №4. - С. 60.

94.Калашникова Н.А., Михайлов В.Д., Благовещенская Л.К., Крейман М.З. Отдаленные результаты оперативных вмешательств на брюшной полости у девочек в период детства и полового созревания // Педиатрия.-1991.-№4.-с.111-112

95.Калиш Ю. И., Ачилов Ш. Д. Способы интубации кишечника //Хирургия Узбекистана. – 2001. - №1. - С. 28-31.

96.Калиш Ю. И., Хан Г.В., Мирзахмедов Б.М. Гипердиагностика в хирургии острого аппендицита // Скорая мед. - помощь. – 2004. - №3. –С.31.

97.Капацинская О.В. Ранняя диагностика и хирургическое лечение острых заболеваний придатков матки у детей и подростков: автореф.дис...канд.мед.наук.-Владивосток,2002.-22с.

98.Карасева О. В., Капустин В. А., Брянцев А. В. Лапароскопические операции при абсцедирующих формах аппендикулярного перитонита у детей //Детская хирургия. – 2005. - №3. – С. 25-28.

99.Карасева О.В., Брянцева А.В., Граников О.Д., Капустин В.А., Тимофеева А.В., Чернышева Т.А. Дифференцированный подход к

лечению аппендикулярного перитонита у детей //Медицинский алфавит. 2014. Т. 1. № 5. С. 51-55.

100. Карасева О.В., Рошаль Л.М., Брянцев А.В., Капустин В.А. и др. Лечение аппендикулярного перитонита у детей // Детская Хирургия. - М., 2007. - №3. - С. 23-27.

101. Каримов С.Х. Сочетанное применение интубации тонкой кишки, гастроэнтеросорбции, низкоамплитудной электростимуляции и мониторингового толстокишечного сорбционного диализа в лечении послеоперационных парезов кишечника у больных острой спаечной тонко-кишечной непроходимостью: автореф.дис... канд.мед.наук.-СПб.,2002.-23с.

102. Карлова Р. В., Лотов А. Н. Диагностика и лечение под контролем УЗИ внеорганных отграниченных жидкостных скоплений в брюшной полости //Хирургия. - №4. - 1999. - С. 63-67.

103. Карякина Е. В., Белова С. В. Молекулы средней массы как интегральный показатель метаболических нарушений //Клиническая лабораторная диагностика. - 2004. - №3. - С. 25-27.

104. Катосова Л.К., Лазарева А.В., Пономаренко О.А., Карасева О.В., Тимофеева А.В., Горелик А.Л. Чувствительность к антибиотикам преобладающих микробных возбудителей аппендикулярного перитонита у детей //Вопросы современной педиатрии. 2015. Т. 14. № S1. С. 350.

105. Каюмов Т. Х., Баймаков С. Р. Инфракрасное излучение в профилактике спаечной болезни при перитоните //Мед. журн. Узбекистана. - 2000. - №5-6. - С. 20-22.

106. КлинышковаТ.В. Роль восходящей генитальной инфекции в нарушении фертильности у женщин /Т.В.Клинышкова, А.И.Новиков //Сибирский мед. журнал.-2003.-№4.-С.39-44.

107. Кобозева Н.В., Кузнецова М.Н., Гуркин Ю.А. Гинекология детей и подростков. М.: Медицина, 1981.278с.

108. Кожевников В.А., Янец А.И., Гордеев С.М., Кравченко В.И., Елисеев А.В., Цой В.К. Сравнение результатов хирургического лечения детей с аппендикулярным перитонитом//Детская хирургия. 2009. № 4. С. 26-28.

109. Кожеурова Ю.С., Максименкова М.А., Стариков А.О., Баранов Д.А. Алгоритм диагностики острого аппендицита и

аппендикулярного перитонита у детей //Молодежный инновационный вестник. 2016. Т. 5. № 1. С. 41-42.

110. Козулина Н.В., Паршиков В.В., Бирюков Ю.П. Клинические проявления острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей //Медицина и образование в Сибири. 2014. № 3. С. 53.

111. Козулина Н.В., Паршиков В.В., Бирюков Ю.П. Проблемы диагностики аппендикулярного инфильтрата у детей //Современные проблемы науки и образования. 2014. № 4. С. 285.

112. Коколина В.Ф. Состояние здоровья девочек и девушек-подростков в современных условиях /В.Ф.Коколина,М.Ю.Митин //Рос.вестн.акушера-гинеколога.-2005.-№3.-С.19-23.

113. Коколина В.Ф. Физическое и половое развитие здоровых девочек в процессе созревания репродуктивной системы /В.Ф.Коколина, Н.В.Дуб //Акушерствоигинекология.-1991.-№1.-С.34-37.

114. Колесова О. Е., Васильев И.Т., Леонтьев Г.В. Озонотерапия перитонитов: Методические рекомендации. - М., 1995. - 21 с.

115. Коновалов А. К. Патогенетическое обоснование профилактики, ранней диагностики и щадящих методов хирургического лечения послеоперационных внутрибрюшных осложнений острого аппендицита у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М. 1996. – 48 с.

116. Коновалов А. К., Бирюков В. В., Сергеев А. В. К вопросу о тактике хирурга при ранней спаечной кишечной непроходимости у детей //Юбилейная конференция посвященной 70-летию кафедры хирургических болезней детского возраста РГМУ. - М., 2001. - С. 123.

117. Корняков И.М., Малышев М.Г., Саблин Е.С., Бордиян С.Г., Проклова Л.В., Филатова Н.А., Саблин Д.Е., Золотарев Н.В., Яницкая М.Ю., Ракшина Н.И. Сравнительная оценка результатов лечения аппендикулярных перитонитов эндоскопическим и открытым доступом //Бюллетень Северного государственного медицинского университета. 2013. № 1 (30). С. 9-10.

118. Коровин С. А., Нешкова Е. А., Доценко В. Л. Динамика показателей протеолитической системы плазмы крови у детей с

осложненными формами аппендицита //Детская хирургия. – 1999. - №2. – С. 10-15.

119. Коровин С.А., Дворовенко Е.В., Дружинин В.Р., Лаврова Т.Р., Соколов Ю.Ю. Экстренная лапароскопия в диагностике и лечении детей с объемными образованиями брюшной полости (клинические наблюдения) //Медицинский совет. 2016. № 7. С. 104-107.

120. Косарев В.А. Комплексное лечение аппендикулярного разлитого гнойного перитонита и его осложнений у детей: автореф. дис... канд.мед.наук.-М.,1994.-21с.

121. Костин С.В. Иммунометаболические нарушения у детей с разлитым аппендикулярным перитонитом различной степени тяжести //Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. 2010. № 4. С. 38-42.

122. Костин С.В., Конопля А.И. Структурно-функциональные свойства эритроцитов в условиях интраабдоминальной инфекции у детей //Детская хирургия. 2010. № 4. С. 38-40.

123. Костюченко К. В., Рыбачков В. В. Критерии тяжести состояния больных в оценке эффективности лечения распространенного перитонита //Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова. - 2004. - №1/2. - С. 35-40.

124. Котловский В. И., Дронов А. Ф., Поддубный И. В., Дженалаев Б. К. Сравнительное изучение результатов лечения распространенных форм аппендикулярного перитонита у детей, оперированных лапароскопическим и традиционным хирургическим способом //Хирургия. – 2003. -№7. – С. 32-37.

125. Котловский В.И., Дронов А.Ф. Эндохирургия при аппендикулярном перитоните у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Т. 3. № 1. С. 9-14.

126. Крупко-Большова Ю.А. Гинекологическая эндокринология девочек и девушек.-Киев:Здоров'я,1986.-75с.

127. Кудашева Л.Г. Некоторые показатели функционального состояния яичников при воспалительных заболеваниях придатков матки /Л.Г.Кудашева, Р.А.Ниязова,

Р.Р.Владыкина //Материалы VI Республиканской конференции акушеров-гинекологовБашкирии.-Уфа,1994.-С.64-65.

128. Кудрявцев Б. П., Мирошин С. И. Озонотерапия распространенного перитонита в раннем послеоперационном периоде //Хирургия. - 1997.- №3. - С. 36-41.

129. Кузнецова М.Н. Роль средовых и генетических факторов в формировании патологии становления репродуктивной системы у девочек /М.Н.Кузнецова, С.А.Богданова //Акушерство и гинекология.-1989.-№2.-С.38-41.

130. КульбаеваК.Ж. Становление репродуктивной системы у девочек подростков: автореф. дис. канд.мед.наук.-СПб.,1991.-20с.

131. Кушалаков А. М. Клинико-иммунологическая диагностика и прогнозирование осложнений острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Астрахань. 2004. – 22 с.

132. Лаберко Л. А., Кузнецов Н. А., Аронов Л. С. Коррекция проявлений синдрома энтеральной недостаточности при распространенном перитоните //Хирургия журнал им. Н. И. Пирогова. - 2004. - №9. - С. 25-28.

133. Лапшиков О.И., Гаврилюк В.П., Лопин В.Н. Нейросетевые классификаторы в оценке тяжести аппендикулярного перитонита у детей Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18. № 3. С. 195-196.

134. Лекомцева О. И., Шараев П. Н. Роль определения сиаловых кислот в биологических жидкостях при стенозирующих ларинготрахеитах у детей //Клиническая лабораторная диагностика. – М., 2006. - №6. – С. 46-47. (126)

135. ЛихачеваА.В. Способ профилактики спаечного процесса после операций на органах репродуктивной системы женщины: метод.рекомендации .-Омск,1999 .-11с.

136. Ломаченко И.Н. Магнитолазерная терапия, лазерная биофотометрия и асептическая воспалительная реакция у детей с аппендикулярным перитонитом //Детская хирургия. - 1999. - №2. - С. 7-10.

137. ЛомаченкоИ.Н. Первичный перитонит у детей /И.Н.Ломаченко, А.А.Тарасов, В.Н.Степанов/ /Хирургия.-1991.-№8.-С.24-28.

138. Лукьянова Г. М. Прогнозирование и профилактика спаечной кишечной непроходимости у детей: автореф. дис... канд. мед. наук. - М., 1985. - 21 с.

139. Лысенков С. П., Разумов А. А., Разумов С. А. Применение даларгина в комплексном лечении аппендикулярного перитонита у детей // Юбилейная конференция посвященной 70-летию кафедры хирургических болезней детского возраста РГМУ. - М., 2001. - С. 147-148.

140. Магалапшили Р. Д. N-ацетилтрансфераза и процесс образования спаек брюшной полости в эксперименте / Р. Д. Магалашвили // Хирургия. - 1985. - № 4. - С. 64-68.

141. Магомедов М. Р. Аппендикулярный перитонит у детей // IV Рос-сийский конгресс Современные технологии в педиатрии и детской хирургии. - М., 2005. - С. 347.

142. Магомедов М. Р. Хирургическое лечение и профилактика прогрессирования паралитической кишечной непроходимости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М. 2003. - 29 с.

143. Мадартов К. М. Разработка путей оптимизации хирургического лечения рецидивирующей спаечной кишечной непроходимости: автореф. дис... д-ра мед. наук. - Ташкент, 1997. - 41 с.

144. Малеев Ю. В., Авилов Г. В., Паршутина А. А., Малюков Н. А., Писков Д. А. Осложнения острого аппендицита. Тифлит // В сборнике: Эффективная клиническая практика: проблемы и возможности современного врача Сборник материалов международной научно-практической конференции. Под редакцией Н. К. Горшуновой. 2017. С. 328-344.

145. Маляр А. В. Применение фонофореза активированного диоксида для профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений после аппендэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Великий Новгород. 2004. - 18 с.

146. Мартов Ю. Б., Подолинский С. Г., Кирковский В. В., Щастный А. Т. Распространенный перитонит. - М., 1998. - 142 с.

147. Махмудов К. О., Саидханов Б. А., Баженов Л. Г. Нейтральный анолит и бакстимс в лечении экспериментального гнойного перитонита // Хирургия Узбекистана. - 2001. - № 2. - С. 78-79.

148. Мешков М. В., Ерохин А. П., Городничева Ю. М., Якунина Л. Н., Наковкин О. Н. Состояние гемостаза у больных с перитонитом //Юбилейная конференция посвященной 70-летию кафедры хирургических болезней детского возраста РГМУ. - М., 2001. - С. 160.

149. Миронов П.И., Сатаев В.У. Взаимосвязь системного воспалительного ответа с характером нутритивной поддержки при операциях у детей с ранней спаечной непроходимостью //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2014. Т. 4. № 2. С. 58-62.

150. Миронов П.И., Сатаев В.У. Взаимосвязь течения системного воспалительного ответа с характером нутритивной поддержки при видеоэндохирургических операциях у детей с разлитым гнойным перитонитом //Инфекции в хирургии. 2014. Т. 12. № 4. С. 40-43.

151. Миронов П.И., Сатаев В.У., Макушкин В.В., Гумеров А.А. Плановые видеолaparоскопические санации в лечении распространенного перитонита у детей //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2007. № 8. С. 29-32.

152. Мирошин С. И. Применение озона в хирургии: Дисс. ...д-ра мед. наук. – Н-Новгород., 1995. – С. 29-30.

153. Михайлов Н.И. Повышение эффективности диагностики и лечения острого аппендицита у детей: автореф. дис... канд. мед. наук. -Иркутск, 2003. -27с.

154. Михайлулов С.В. Ультразвуковая диагностика пареза кишечника и ранней спаечной непроходимости /СВ.Михайлулов, А.Х.Хейрбек //Неотложная хирургия :сб. науч.тр.: к 120-летию центр, гор. больницы .-М.,1999 .-Т. W .-С73-74.

155. Мишарев О.С., Троян В.В. Ретроградная интубация тонкой кишки в лечении функциональной кишечной непроходимости у детей // Хирургия им. Пирогова Н.И., №8, 1982, с. 94-98.

156. Морозов В.И., Тагилова Г.А., Мустафин И.Г. Иммуный дисбаланс при аппендикулярном перитоните у детей //Практическая медицина. 2009. № 8 (40). С. 62.

157. Морозов Д. А., Горемыкин И. В. Результаты лапароскопического лечения аппендикулярных перитонитов у детей // Детская хирургия. - М., 2014. - Том 18 №6. - С. 10-13.

158. Морозов Д.А., Карпов С.А., Масевкин В.Г., Николаев А.В., Белова Н.А. Эндовидеохирургическое лечение детей с аппендикулярным перитонитом // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Т. 3. № 1. С. 16-20.

159. Москаленко В.З., Веселый С.В., Лосицкий А.А. Микробиологическая характеристика и рациональная терапия пельвиоперитонитов у детей // Детская хирургия. - 2000. - № 2. - С. 26-28.

160. Мухамедгалиева Ш.С. Антибактериальная терапия у детей с аппендикулярным перитонитом // Клиническая и неотложная педиатрия: новости, мнения, обучение. 2008. № 2 (52). С. 23-29.

161. Мынгбаев О.А., Радченко Н.Е., Кондриков Н.И., Радченко И.А. Профилактика образования спаек в оперативной гинекологии (роль шовных материалов и барьеров) // Акушерство и гинекология. - 1995. - № 5. - С. 37-40.

162. Надыргулова А.Р. Нейтрофильные ловушки при распространенном аппендикулярном перитоните у детей // В книге: Материалы 70-й межвузовской (V Всероссийской) итоговой научной студенческой конференции Южно-Уральского государственного медицинского университета 2016. С. 145-146.

163. Назиров Ф.Г., Ибрагимов У.К., Хайбуллина З.Р. Биологические эффекты активных форм кислорода и антиоксидантов (монография) // LAP LAMBERT Academic Publishing, Germany, 2014. - 114 с.

164. Немилова Т.К., Каган А.В., Акопян А.С., Солнцев В.Н. Особенности течения первичного перитонита у детей // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2014. Т. 173. № 1. С. 058-061.

165. Николаева Е. В. Щелочная фосфатаза крови и лимфы при разлитом перитоните // Вестник хирургии. - 1985. - № 3. - С. 35-38.

166. Ноздрачев В. И., Бузукашвили Б. М., Тимофеев М. Е. Эндоскопическая декомпрессия тонкой кишки в лечении острой тонкокишечной непроходимости: Сб. научных работ. - Ростов-на-Дону, 1996. - С. 83-85.

167. Одинак В. М. Ранняя релапаротомия у детей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М. 1995. - 50 с.

168. Панарин Е.В., Гаврилюк В.П., Квачахия Л.Л. Особенности иммунных нарушений у детей с аппендикулярным перитонитом // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Естественные, технические и медицинские науки. 2014. Т. 2. № 7. С. 151-152.

169. Панарин Е.В., Конопля А.И. Профильная фармакологическая иммунокоррекция у детей с аппендикулярным перитонитом // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2012. Т. 11. № 2. С. 306-309.

170. Парамонов В. А. Отдаленные результаты эндохирургического лечения продолжающегося послеоперационного перитонита у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа. 2003. – 25 с.

171. Парк Г., Роу П. Инфузионная терапия: Пер. с англ. — М.: БИНОМ-Пресс, 2005. — 136 с.

172. Пеньков Л. Ю. Обоснование методов дифференцированного лечения пареза желудочно-кишечного тракта при перитоните у детей: Авто-реф. дис.... канд. мед. наук. - М., 1993. - 23 с.

173. Переяслов А.А., Дворакевич А.О., Стеник Р.В., Бобак А.И. Лапароскопическая аппендэктомия у детей // Хирургия детского возраста. 2012. № 1 (34). С. 067-070.

174. Першин Г.Н. Методы экспериментальной химиотерапии. - М.: Медицина, 1971. - С. 454-457.

175. Петров В. П. Интубация тонкой кишки при лечении больных с перитонитом и кишечной непроходимостью // Хирургия. – 1999. - №5. – С. 41-44.

176. Писарева И. В., Карасева О. В., Петричук С. В., Рошаль Л. М. Состояние энергетического метаболизма лейкоцитов периферической крови при аппендикулярном перитоните у детей: Сб.: X Конгресса педиатров России «Вопросы современной педиатрии». - М., 2006. – Том.5 №1. - С. 468.

177. Писарева И. В., Карасева О. В., Петричук С. В., Рошаль Л. М., Измайлова Т. Д. Динамика ферментного статуса лимфоцитов периферической крови при различных формах аппендикулярного перитонита у детей // Вопр. совр. педиатрии. – 2004. – Том.3., Прил.3. – С. 283.

178. Писарева И. В., Карасева О. В., Рошаль Л. М., Петричук С. В., Шищенко В.М. Цитохимические критерии оценки течения раннего после-операционного периода у детей с аппендикулярным перитонитом //Педиатрическая фармакология. – 2006. - Том.3, №4. - С. 99.

179. Писарева И.В. Изменения активности внутриклеточных ферментов при аппендикулярном перитоните у детей: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/Научный центр здоровья детей Российской академии медицинских наук. Москва, 2007

180. Писарева И.В. Цитохимическая оценка течения раннего послеоперационного периода при аппендикулярном перитоните у детей // Вопросы современной педиатрии. 2007. Т. 6. № 3. С. 28-31.

181. Плахов Р. В. Возможности видеолапароскопических вмешательств в лечении распространенного перитонита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. 2003. – 26 с.

182. Поддубный И.В., Дьяконова Е.Ю., Исаев А.А., Слынько Н.А., Городничева Ю.М., Сиднев А.Х., Бекин А.С. Лапароскопическая аппендэктомия: современное место методики в детском хирургическом стационаре //Эндоскопическая хирургия. 2013. Т. 19. № 6. С. 10-15.

183. Полякова О.В. Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия, профилактика повторного образования спаек: дис... канд.мед.наук.-Рязань,2004.-160с.

184. Поройский С.В. Хирургические и морфологические аспекты профилактики послеоперационных спаек брюшной полости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград. 2003. – 25 с.

185. Прутовых Н.Н., Кисляков В.Ю., Арвакова И.В. Оптимизация лечебно-диагностических мероприятий при спаечной болезни брюшины у детей //Актуальные вопросы детской хирургии: сб.науч.тр.-Иркутск,1996.-С.236-239.

186. Пулатов А. Т., Кадушкина Н. Р. Определение степени эндогенной интоксикации у детей с гнойно-септическими заболеваниями //III научно-практическая конференция детских хирургов Таджикистана: Тез. докл. 11-12 ноября 1994. – Душанбе, С. 54-58.

187. Разумовский С.Д., Подмастерьев В.В. Растворы озона в субстратамещающих перфторорганических жидкостях и их свойства. В кн.: Тез. Докл. 4 Всерос. Науч.-практ. Конф. Озон и методы эфферентной терапии в медицине. Н. Новгород; 2000.

188. Рахимов Б.С., Косимов К.Л., Наретдинов З.Т., Расулов Т.М. Принципы антибиотикотерапии аппендикулярного перитонита у детей // Педиатрия Узбекистана: реформирование и стратегия развития: сборник тезисов Республиканской научно-практической конференции (4-6 октября 2007 г., г. Ташкент). - Ташкент, 2007. - Том 2. - С. 58-59.

189. Рахимова Р.Ж., Рахимжанов К.К., Тулькибаев Б.Б., Изнаиров С.А., Сураужанова А.О., Шокаев Е.Р., Жакупов Р.Н., Кожекенов Д.Е. Опыт лечения аппендикулярного перитонита у детей // Наука и здравоохранение. 2014. № 1. С. 105-106.

190. Река И.Я., Высоцкий И.А., Можаяев Е.А., Ворожейкин Н.Ф., Новиков Ю.Ю., Абусамра М. Лапароскопия в лечении деструктивных форм острого аппендицита у детей // Загальна патологія та патологічна фізіологія. 2012. Т. 7. № 4. С. 273-275.

191. Решедько Г.К., Хайкина Е.В. Группа аминогликозидов. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова М.: РЦ «Фармединфо», 2007. С. 88-93.

192. Рокицкий М. Р., Ахунянов А. А., Гребнев П. Н., Молчанов Н. Н., Карпухин Е. В., Рашитов Л. Ф. Некоторые дискуссионные вопросы современной антибиотикотерапии в педиатрии и детской хирургии // Детская хирургия. - 1999. - №2. - С. 4-6.

193. Рошаль Л. М. К вопросу о классификации острого аппендицита и его осложнений // Российский педиатрический журнал. - 2006. - №2. - С. 34-38.

194. Рошаль Л. М., Чернышева Т. А. Ранняя желудочная коррекция в лечении синдрома кишечной недостаточности при аппендикулярном перитоните у детей // Юбилейная конференция, к 70-летию кафедры хирургических болезней детского возраста РГМУ: Тез. докл. - М., 2001. - С. 225.

195. Русак П.С. К вопросу лапароскопической санации брюшной полости при перитоните аппендикулярного

происхождения у детей // Хирургия детского возраста. 2013. № 2 (39). С. 048-053.

196. Рязанцев В.А., Тураев Ю.А., Бобоеровым К.Р., Юсупов Ш.А. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде у детей: Методические рекомендации. – Самарканд, 2006. – 23 с.

197. Савельева Г.М., Богинская А.Н., Штыров С.В., Тангиева З.С. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных // Акушерство и гинекология. -1990.-№2.-С.10-13.

198. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглова И.Ю., Попов П.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике -СПб.:Алее,1995.-14 0с.

199. Савчук Б. Д. Гнойный перитонит. – М.: Медицина, 1970. – 192 с.

200. Салимов Ш. Т., Абдурахмонов А. А., Чориев М. П., Адылова Г. С. Лапароскопия в диагностике «острого живота» у детей // Хирургия Уз-бекистана. – 1999. - №2. - С. 76-78.

201. Салимов Ш.Т., Факиров А.З., Бердиев Э.А., Пирназаров И.П. Турлиёшлиболалардаги аппендикуляр перитонитларни хил

шаклларини даволашда озонли эритмалар самарадорлигининг кийсатлари // Хирургия Узбекистана. - Т., 2006. - №2. - С. 57-59.

202. Сатаев В.У., Миронов П.И., Мамлеев И.А., Гумеров А.А. Роль эндовидеохирургических плановых вмешательств в исходах абдоминального сепсиса у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Т. 3. № 1. С. 22-27.

203. Седов В.М., Соловейчик А.С., Луцинский А.М. Диагностика и лечение острой спаечной кишечной непроходимости // Клинич. медицина. -1996.-№2.-С.65-68.

204. Сергин А. Е. Диагностика и лечение послеоперационных абсцессов брюшной полости: Автореф. дис... канд. мед. наук. – СПб., 1996. - 18 с.

205. Симбирцев А. С. Цитокины – новая система регуляции защитных реакций организма // Цитокины и воспаление. – 2002. - Т.1, №1. – С. 9-16.

206. Симонян К. С. Перитонит. - М.: Медицина, 1974. – 216 с.

207. Симонян К. С. Спаечная болезнь. – М.: Медицина, 1966. – 275 с.

208. Синенкова Н. В. Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении осложнений перитонита у детей //Юбилейная конференция посвященной 70-летию кафедры хирургических болезней детского возраста РГМУ. - М., 2001. - С. 236.

209. Склярова Е.А., Вечеркин В.А., Черных А.В., Птицын В.А., Гуров А.А., Баранов Д.А., Шестаков А.А., Гаврилова М.В., Коряшкин П.В. Гнойный аппендикулярный перитонит синегнойной этиологии од у детей и потребности оптимизации лечения больных //Якутский медицинский журнал. 2017. № 4 (60). С. 38-41.

210. Склярова Е.А., Гисак С.Н., Вечеркин В.А., Авдеев С.А., Баранов Д.А., Шестаков А.А., Щекина М.В., Большева Г.С. Различия патогенов enterobacteriaceae в этиопатогенезе гнойного перфоративного аппендикулярного перитонита у детей // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19. № 4. С. 248-253.

211. Слепцов А.А., Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н., Божедонов К.К., Петухов Э.И., Зуев А.Л., Эрдынеев Т.Э., Корякина А.Д. Дифференцированный подход в лечении перитонитов у детей // В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере сборник научных трудов VI-го Конгресса с международным участием. Под редакцией Петрова П.Г.. 2016. С. 524-526.

212. Слепцов А.А., Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н., Петухов Э.И., Зуев А.Л., Эрдынеев Т.Э. Периоперационная антибиотикопрофилактика и этиотропное антибактериальное лечение аппендикулярного перитонита у детей //Якутский медицинский журнал. 2017. № 4 (60). С. 17-18.

213. Слепцов А.А., Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н., Петухов Э.И., Зуев А.Л., Эрдынеев Т.Э. К лечению аппендикулярного перитонита у детей //Детская хирургия. 2017. Т. 21. № 6. С. 316-320.

214. Снигоренко А. С. Механизмы саногенеза озонотерапии в лечении синдрома энтеральной недостаточности

при перитоните // Неотложная медицинская помощь (состояние, проблемы, перспективы, развитие): Тез. докл. – М., 1998. – С. 140-142.

215. Соблирова Ж. Х., Харина Е. А. Быстрый тип ацетилования – возможный маркер предрасположенности к заболеваниям органов моче-вой системы // Нефрология и диализ. – 1999. – Том.1, №1. – С. 1-5.

216. Соколов Ю.Ю., Коровин С.А. Вариант классификации острого аппендицита и перитонита у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Т. 3. № 1. С. 28-31.

217. Соловьева Е.Р., Васильева М.Ф., Карасева О.В., Васильева И.В. Методика ДМВ-терапии в комплексном лечении деструктивного аппендицита и его осложнений у детей в послеоперационном периоде // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2015. Т. 14. № 3. С. 23-27.

218. Стенько В. Г., Кузнецов Г. С., Миранович А. И., Кузнецов А. Г. Послеоперационный перитонит. Причины и результаты лечения // Объединенный XXII пленум хирургов и акушер-гинекологов. Тез. докл. - Пинск, 1998. – С. 125-126.

219. Страчунский Л. С. Пешере Ж. К., Деллинджер П. Э. Политика применения антибиотиков в хирургии // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2003. – Том.5, №4. - С. 302-317.

220. Султангужин А.Ф. Ранняя диагностика послеоперационных внутрибрюшных осложнений при аппендикулярном перитоните у детей: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/ГОУВПО "Башкирский государственный медицинский университет". Уфа, 2011.

221. Султангужин А.Ф., Гумеров А.А., Миронов П.И. Оптимизация показаний к повторным санациям брюшной полости при распространённом аппендикулярном перитоните у детей // Медицинский вестник Башкортостана. 2011. Т. 6. № 1. С. 35-38.

222. Султангужин А.Ф., Гумеров А.А. Послеоперационный контроль течения аппендикулярного перитонита у детей // Практическая медицина. 2009. № 8 (40). С. 84.

223. Тараканов В.А., Барова Н.К., Убилава И.А., Леви А.И. Структура причин осложненного течения аппендикулярного перитонита у детей // Медицинский вестник Юга России. 2014. № 4. С. 125-127.

224. Тараканов В.А., Надгериев В.М., Луняка А.Н., Барова Н.К. Аппендикулярный перитонит у детей //Кубанский научный медицинский вестник. 2007. № 4-5. С. 130-133.

225. Тоирова У.Т., Аллаев М.Я., Мухитдинова М.К., Давронов А.К. Предоперационная подготовка аппендикулярного перитонита у детей младшего возраста //В сборнике: ПЕРИТОНИТ ОТ А ДО Я (ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА) Материалы IX Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. Под редакцией А.Б. Ларичева. 2016. С. 447-450.

226. Тойчибаев Д.С. Иммунодиагностика и озонотерапия при хирургическом лечении острого аппендицита у детей (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Т. 1998. – 24 с.

227. Тусупкалиев А.Б., Дженалаев Б.К., Засорин Б.В., Нургалиев И.М. Прогностические характеристики иммунологических тестов при аппендикулярном перитоните у детей // Медицинский журнал Западного Казахстана. 2011. № 3 (31). С. 97-99.

228. Ульянова Н.Ф. Современные представления об этиологии и патогенезе хронических воспалительных заболеваний женских половых органов //Акушерство и гинекология.-1985.-№7.-С.8-10.

229. Федоров А. В., Чадаев А. П., Сажин А. В. Релапароскопия в лечении послеоперационных осложнений //Хирургия им. Н. И. Пирогова. - 2005. - №8. - С. 80-85.

230. Федоров В.Д., Кубышкин В.А., Козлов И.А. Хирургическая «эпидемиология» образования спаек в брюшной полости //Хирургия.-2004.-№6.-С.50-53.

231. Федоров К.К. Первичный перитонит у детей /К.К.Федоров //Бюл. сибирской медицины.-2004.-№2.-С.47-55.

232. Фефелова Е.В. Ранняя диагностика и хирургическое лечение трубно-перитонеальной патологии у девочек-подростков и молодых женщин после генитальной инфекции: автореф.дис... канд.мед.наук.-Владивосток,2002.-24с.

233. Филенко Б. П., Сазонов К. Н., Мирошниченко А. Г. Возможности профилактики спаечной болезни после аппендэктомии //Вестник хирургии. - 2000. - №2. - С. 73-77.

234. Ханевич М. Д. Применение лейкоцитарной взвеси при лечении разлитого перитонита //Вестник хирургии. - 2000. - №6. - С. 31-35.

235. Харин В.Г. Прогнозирование и профилактика спаечных осложнений раннего послеоперационного периода при перитоните у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1998. - 25 с.

236. Хачатрян Н. Н., Гарсия-Мартинес Х. С., Ионов С. А. Антибактериальная терапия распространенного перитонита //Consilium Medicum. - 2004. - №6. - С. 427-432.

237. Хирургические болезни детского возраста /Под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: Издательский дом «Геотар-Мед», 2004. - Том.1. - 630 с.

238. Худайбергганов Б. Т. Разработка и характеристика новых методов санации брюшной полости при местных и диффузных перитонитах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 1998. - 16 с.

239. Цал Н.А., Огарков И.П., Попов В.П. Система оказания экстренной помощи детям с осложненным аппендицитом в свердловской области // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Т. 3. № 1. С. 50-54.

240. Цмокалюк Е.Н. Морфологические признаки воспаления париетальной брюшины при разлитом аппендикулярном перитоните у детей //Практическая медицина. 2012. № 7-1 (63). С. 29.

241. Цуман В. Г. Классификация перитонита у детей //Детская хирургия. - 1998. - №2. - С. 45-46.

242. Цуман В. Г., Щербинина В. И., Машков А. Е., Наливкин А. Е., Синенкова Н. В., Семилов Э. А. Детоксикационная терапия в борьбе с эндотоксикозом при гнойно-септических заболеваниях у детей //Детская хирургия. - 1997. - №1. - С. 23-26.

243. Чекмазов И. А. Этиология и патогенез спаек брюшной полости //Cosilium medicum. - 2002. - Том.4, №1. - С. 1-3.

244. Чернов В. Н., Белик Б. М., Пшуков Х. Ш. Прогнозирование исхода и выбор хирургической тактики при

распространенном гнойном перитоните // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2004. - №3. - С. 47-50.

245. Черных А.В. Острый гнойный перфоративный перитонит аппендикулярного происхождения синегнойной этиологии у детей и особенности его этиопатогенетического лечения // В сборнике: Успенские чтения: Под редакцией Е.М. Мохова. Тверь, 2015. С. 104-105.

246. Шакиров И.Р., Сатаев В.У., Миронов П.И., Парамонов В.А. Отдаленные результаты лапароскопического лечения послеоперационного перитонита у детей //Пермский медицинский журнал. 2008. Т. 25. № 2. С. 27-31.

247. Шалыгин В.А., Полковникова С.А., Баженова Т.Г., Ерошенко Л.Б., Горленко Л.В., Шалыгин А.В. Динамика белков острой фазы воспаления при аппендикулярном перитоните у детей // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2011. Т. IV. № 5. С. 110-111.

248. Шамсиев А. М., Атакулов Д. О. К лечению аппендикулярных перитонитов у детей //Хирургия Узбекистана. - 1999. - №1. - С. 109-112.

249. Шамсиев А. М., Атакулов Д. О. Озонотерапия в профилактике и лечении послеоперационных абсцессов брюшной полости у детей //Детская хирургия. - 2001. - №2. - С.10-12.

250. Шамсиев А. М., Рязанцев В. А., Бобоеров К. Р., Тураев Ю. А. Интенсивная терапия в пред- и послеоперационном периодах у детей с острой патологией брюшной полости //Доктор ахборотномаси. - 2009. - №1. - С. 136-137.

251. Шамсиев А. М., Юсупов Ш. А., Давранов Б. Л. Ультразвуковая диагностика аппендикулярных перитонитов у детей // Шпитальнахирургія. Журнал імені Л. Я. Ковальчука. 2017. № 4. - С.36-40.

252. Шамсиев А.М., Юсупов Ш.А., Рязанцев В.А., Бобоёров К.Р., Тураев Ю.А. Особенности предоперационной подготовки детей с распространенными формами аппендикулярного перитонита // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Т. 3. № 1. С. 88-92.

253. Шамсиев Ж.А. Декомпрессия кишечника в комплексе лечения разлитого гнойного перитонита, осложненного

паралитической кишечной непроходимостью у детей: Дисс. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2003. – 160 с.

254. Шапошников В. И., Коровин А. Я. К вопросу лечения терминального распространенного гнойного перитонита // Харьковская хирургическая школа. - Харьков, 2008. - №2. - С. 304 – 306.

255. Шараев П.Н. Определение гиалуронидазной активности в биологических жидкостях // Шараев П.Н., Стрелков Н.С., Гунчев В.В./Клиническая лабораторная диагностика. 1996. - №3. - С.21-22.

256. Шатохина С.Н., Шабалин В.Н., Уварова Д.С. Особенности структуры перитонеального экссудата при спаечной болезни у детей с аппендикулярным перитонитом // Патогенез. 2015. Т. 13. № 2. С. 39-41.

257. Шелестюк П. И., Благитко Е. М., Ефремов А. В. Перитонит. - Новосибирск: Наука, 2000. - 302 с.

258. Шиманский И. Е., Шорох Г. П., Шиманский Е.И., Харлап И.А. Микробиологические аспекты гнойно-септических осложнений в неотложной хирургии //Объединенный XXII пленум хирургов и акушер-гинекологов. Тез. докл. - Пинск, 1998. - С. 146-147.

259. Шмырева Е.С., Шапкин В.В., Шапкина А.Н.Комплексное лечение детей с аппендикулярным перитонитом с применением лапарастотного ультразвука //Тихоокеанский медицинский журнал. 2012. № 3. С. 80-82.

260. Шотт А. В. Микрофлора и антибактериальная терапия при гнойном перитоните //Объединенный XXII пленум хирургов и акушер-гинекологов. Тез. докл. - Пинск, 1998. – С. 154.

261. Шуркалин Б. К. Гнойный перитонит. - М.: Два Мира Прин, 2000. - 224 с.

262. Щитинин В. Е. Хирургическая тактика при аппендикулярном перитоните у детей //Детская хирургия. – 2004. - №2. – С. 19-22.

263. Юдин Я. Б., Прокопенко Ю. Д. Острый аппендицит у детей. - М.: 1998. – 247 с.

264. Янец А.И. Выбор метода оперативного лечения и прогноз послеоперационного периода у детей с общим аппендикулярным перитонитом: диссертация на соискание

ученој степени кандидата медицинских наук // ГОУВПО "Алтайский государственный медицинский университет". Барнаул, 2010.

265. Янец А.И., Гордеев С.М., Кравченко В.И., Елисеев А.В. Профилактика и лечение спаечной кишечной непроходимости у детей, оперированных с общим аппендикулярным перитонитом // *Мать и дитя в Кузбассе*. 2009. № 3. С. 20-22.

266. Ярилин А.А. Система цитокинов и принципы ее функционирования в норме и патологии // *Иммунология*. – 1997. – № 5. – С.7,13.

267. Ярославский В.К. Актуальные вопросы оказания детям гинекологической помощи /В.К.Ярославский //Состояние репродуктивной функции женщины в различные возрастные периоды.-СПб.,1992.-С.3.

268. Ярославский В.К., Кутушева Г.Ф. Влияние аппендэктомии в пубертатном возрасте на становление менструальной функции у девочек // *Вестн. Хирургии им.И.И.Грекова*.-1988.-№4.-С.90-92.

269. Adamou H, Nabou O, Amadou-Magagi I, Doutchi M, Amadou M, Halidou M. Non-traumatic acute peritonitis in children: causes and prognosis in 226 patients at the National Hospital of Zinder, Niger. *Med Sante Trop*. 2017 Aug 1;27(3):264-269. doi: 10.1684/mst.2017.0692.

270. Addie D. D., Jarett O. Feline infectious peritonitis study // *Vet-Rec*. – 1994. - Vol.134, №140. – P. 360.

271. Al-Ajerami Y. Sensitivity and specificity of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis. *East Mediterr. Health J* 2012; 18(1): 66–69.

272. Alexopolos E., Vakianis P., Kokolina E. Acute renal failure in medial setting: changing patterns and prognostic factors// *Renal Fail*. – 1998. – Vol.16.- P. 273-284.

273. Alloo J., Gerstle T. Appendicitis in children less than 3 years of age: a 28-year review // *Pediatr Surg Int*. - 2004. - Vol.19, №12. – P. 777-779.

274. Andersen S, Paerregaard A, Larsen K. Changes in the epidemiology of acute appendicitis and appendectomy in Danish children 1996–2004. *Eur J Pediatr Surg*. 2009;19:286–289. doi: 10.1055/s-0029-1224199.

275. Andersson, R. Fertility patterns after appendicectomy: historic al cohort study /R. Andersson, M.Lambe, R.Bergstrom//Br .Med.J.-1999.-Vol.318,Nº7189.-P.963-7.
276. Ansari,A.G. Adhesion form at iontoincisional abdominal wound in response topolyamide"910"sutures/A.G.Ansari/ /J.Pak.Med.Assoc.-1992.-Vol.42, Nº8.-P.184-5.
277. Antonacci N, Ricci C, Taffurelli G, Monari F, Del Governatore M, Caira A, Leone A, Cervellera M, Minni F, Cola B. Laparoscopic appendectomy: Which factors are predictors of conversion? A high-volume prospective cohort study.Int J Surg. 2015 Sep;21:103-7. doi: 10.1016/j.ijssu.2015.06.089. Epub 2015 Jul 29.
278. Audebert A. J., Gomel V. Role of microlaparoscopy in the diagnosis of peritoneal and visceral adhesions and in the prevention of bowel injury associated with blind trocar insertion //FertilSteril. - 2000. - Vol.73, Nº3. – P. 631-635.
279. Bağlaj M, Rysiakiewicz J, Rysiakiewicz K. Acute appendicitis in children under 3 years of age. Diagnostic and therapeutic problems. Med WiekuRozwoj. 2011;16:154–161. (261)
280. Bahrami S., Redl H., Yao Y. M., Schlag G. Involvement of bacteria endotoxin translocation in the development of multiple organ failure //Wien. Klin. Wschr. - 1998; Suppl.1. - P. 2-10.
281. Beck D. E., Cohen Z. A prospective, randomized, multicenter, con-trolled study of the safety of Seprafilm adhesion barrier in abdominopelvic surgery of the intestine // Dis Cokon Rectum. – 2003 – Vol.46, Nº10. - P. 1309-1310.
282. Becmeur F. Laparoscopy and small bowel obstruction in children //Saudi Med J. - 2003. - Vol.24, Nº5. – P. 15-17.
283. Benoist S., Panis Y. Can failure of percutaneous drainage of postoperative abdominal abscesses be predicted //Am J Surg. - 2002. – Vol.184, Nº2. - P. 148-153.
284. Berthe-Aucejo A, Postaire M, Cheikhlard A, Zahar JR, Bourget P.Antibiotic treatment of appendicular peritonitis in children: is the oral route done? Arch Pediatr. 2012 Dec;19(12):1303-7. doi: 10.1016/j.arcped.2012.09.015. Epub 2012 Oct 26. French.
285. Bickler SW, DeMaio A. Western diseases: current concepts and implications for pediatric surgery research and practice. Pediatr Surg Int. 2008;24:251.

286. Birkenfeld, A.S. Postappendectomy mechanical sterility //A.S.Birkenfeld, A.Brzezinski, J.G.Schenker//ActaEur.Fertil.-1982.-Vol.13,№3.-P.173-6.
287. Blanc B, Pocard M. Surgical techniques of appendectomy for acute appendicitis. J Chir 2009 Oct; 146 Spec No 1:22 – 31.
288. Bodnar B.M., Unguryan A.M., Sidorchuk I.Y., Bodnar O.B. Characteristics of abdominal microflora, ozonated physiological saline solution in children patients with peritonitis after appendicitis //Український журнал хірургії. 2013. № 1 (20). С. 101-106.
289. Bothin C., Midtvedt T. The role of gastrointestinal microflora in postsurgical adhesion formation: a study in germ free rats //Eur.Surg.Res.-1992.-Vol.24,№5.-P.309-12.
290. Bracho-Riquelme R.L., Loera-Castañeda V., Torres-Valenzuela A., Loera-Castañeda G.A., Sánchez-Ramírez J.P. Leptin and leptin receptor polymorphisms are associated with poor outcome (death) in patients with non-appendicular secondary peritonitis. Crit Care. 2011;15(5):R227. doi: 10.1186/cc10467. Epub 2011 Sep 23.
291. Bravetti M, Cirocchi R, Giuliani D, De Sol A, Locci E, Spizzirri A, Lamura F, Giustozzi G, Sciannone F. Laparoscopic appendectomy. Minerva Chir. 2007 Dec; 62 (6): 489 – 96.
292. Brook I. Intra-abdominal, retroperitoneal, and visceral abscesses in children //Eur J Pediatr Surg. - 2004. - Vol.14, №4. - P. 265-273.
293. Carter, J.E. Surgical treatment for chronic pelvic pain //J.E.Carter //JSLS.-1998.-Vol.2,№2.-P.129-39.
294. Chang Y.J., Chao H.C., Kong M.S., Hsia S.H., Yan D.C. Misdiagnosed acute appendicitis in children in the emergency department. Chang Gung Med J. 2010;33:551-557.
295. Cheng Y., Zhou S., Zhou R. Abdominal drainage to prevent intraperitoneal abscess after open appendectomy for complicated appendicitis. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(2):CD010168.
296. Ciavattini A., Montik N., Baiocchi R. Does previous surgery influence the asymmetric distribution of endometriotic lesions? //Gynecol.Endocrinol.-2004.-Vol.19,№5.-P.253-8.
297. Cissé M., Touré A.O., Konaté I., Dieng M., Ka O., Touré F.B., Dia A., Touré C.T. Appendicular peritonitis in situs inversus totalis: a case report. J Med Case Rep. 2010 May 11;4:134. doi: 10.1186/1752-1947-4-134.

298. Croce E., Olmi S., Azzola M., Russo R. Laparoscopic appendectomy and minilaparoscopic approach: a retrospective review after 8-years experience // *SLS.-1999.-Vol.3,№4.-P.285-92.*
299. Daschner M., Gfrorer S. Laparoscopic Tenckhoff catheter implantation in children // *Perit Dial Int. - 2002. - Vol.22, №1. - P. 22-26.*
300. Daskalakis K., Juhlin C, Pählman L. The use of pre- or postoperative antibiotics in surgery for appendicitis: a systematic review. *Scand J Surg. 2014;103(1):14-20.*
301. Dia A., Fall B., Ndoye A.K. Intestinal obstruction caused by postoperative adhesion. 79 cases // *J.Chir.(Paris).-1991.-Vol.128,№12.-P.548-51.*
302. Doria AS. Optimizing the role of imaging in appendicitis. *Pediatr Radiol. 2009 Apr; 39 Suppl 2: S 144 – 8.*
303. Drăghici I, Drăghici L, Popescu M, Lițescu M. Laparoscopic exploration in pediatric surgery emergencies. *J Med Life. 2010 Jan-Mar; 3 (1): 90 – 5.*
304. Dramusic, V. Polycystic Ovarian Disease / V. Dramusic, U. Ch. Rajan, S. S. Ratnam / Adolescent gynecology reproduction and menopause.-1995.-P.274.
305. Dyster M.B., Krass M., Adams L.M. The kinked Cantor tube syndrome // *J. Fam. Pract. 1981. Vol. 13, № 7. P. 1059–1062.*
306. Emil S., Laberge J. M. Appendicitis in children: a ten-year update of therapeutic recommendations // *J Pediatr Surg. - 2003. - Vol.38, №2. – P. 236-242.*
307. Fujimoto A., Osuga Y., Yano T. Ovarian hyper stimulation syndrome complicated by peritonitis due to perforated appendicitis // *Num.Reprod.-2002. -Vol. 17,№4.-P.966-7.*
308. Fukasawa M., Girgis W., di Zerega G.S. Inhibition of postsurgical adhesions in a standardized rabbit model: III Intra-peritoneal treatment with heparin // *Int.J.Fertil.-1991.-Vol. 36,№5.-P.296-301.*
309. Gardikis S, Giatromanolaki A, Kambouri K, Tripsianis G, Sivridis E, Vaos G. Acute appendicitis in preschoolers: a study of two different populations of children. *Ital J Pediatr. 2011;37:35. doi: 10.1186/1824-7288-37-35.*
310. Geerdsen, J.P. Sterility-alatesequel after acute perforated appendicitis in girls? // *J.P.Geerdsen//Nord.Med.-1998.-№2.-P.62-3.*

311. Georgescu G, Buzoianu G. Treatment of generalized appendicular peritonitis. Drainage of pelvic and subhepatic space. 1930. Chirurgia (Bucur). 2007 Nov-Dec;102(6):721-7; discussion 728. Romanian.

312. Gladue R.P., Bright G.M., Isaacson R.E., et al. In vitro and in vivo uptake of azithromycin (CP-62,993) by phagocytic cells: possible mechanism of delivery and release at sites of infection // Antimicrob Agents Chemother. 1989. Vol. 33. P. 277-282.

313. Haney A.F., Doty E. Mu rine peritoneal injury and novo adhesion formation caused by oxidized-regenerated cellulose (Interceed [TC7]) but not expanded polytetrafluoroethylene (Gore-Tex Surgical Membrane) // Fertil. Steril.-1992.-Vol.57, №1.-P.202-8.

314. Larimov N. Abdominal adhesion disease-the diagnostic and surgical problems in emergency surgery /N.Larimov, I. Viiachki, A.Mitov // Khirurgia (Sofia).-1991.-Vol.44, №6.-P.54-9.

315. Jancelewicz T, Kim G, Miniati D. Neonatal appendicitis: a new look at an old zebra. J Pediatr Surg. 2008;43:e1-e5. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2008.05.014.

316. Kache S.A., Mshelbwala P.M., Ameh E.A. Outcome of primary closure of abdominal wounds following laparotomy for peritonitis in children. Afr J Paediatr Surg 2016;13(4):185-188.

317. Kamik A.M., Basbir R., Khan F.A., Carvounis C. Renal involment in the systemic inflammatory reaction syii Ren // Fail. - 1998. Vol. 20. - P. 103-116.

318. Kamphuis S.J., Tan E.C., Kleizen K., Aronson D.C., de Blaauw I. Acute appendicitis in very young children. Ned Tijdschr Geneesk 2010; 154.

319. Kapischke M, Pries A, Caliebe A. Short term and long term results after open vs. laparoscopic appendectomy in childhood and adolescence: a subgroup analysis. BMC Pediatr. 2013 Oct 1; 13:154. (1)

320. Khan Y.A., Zia K., Saddal N.S. Perforated Neonatal Appendicitis with Pneumoperitoneum // APSP J Case Rep. 2013;4:21.

321. Kumar A, Shah J, Vaidya P. Primary omental gangrene mimicking appendicular perforation peritonitis-A case report. Int J Surg Case Rep. 2016;21:67-9. doi: 10.1016/j.ijscr.2016.02.026. Epub 2016 Mar 2.

322. Kumar R., Erian M., Sinnot S. Laparoscopic appendectomy in modern gynecology //J.Am.Assoc.Gynecol.Laparosc.-2002.-Vol.9,№3.-P.252-63. (135)

323. Kumar,S . Treatment of appendice al mass: prospective, randomized clinical trial/S.Kumar, S .Jain//IndianJ.Gastroenterol.-2004.-Vol.5.-P.165-7.

324. Lee SL, Islam S, Cassidy LD, Abdullah F, Arca MJ. Antibiotics and appendicitis in the pediatric population: an American Pediatric Surgical Association Outcomes and Clinical Trials Committee systematic review., 2010 American Pediatric Surgical Association Outcomes and Clinical Trials Committee. J Pediatr Surg. 2010 Nov; 45 (11): 2181 – 5.

325. Mel'nychenko MH. Pathogenetic mechanisms of pediatric appendicular peritonitis.KlinKhir. 2012 Sep;(9):55-9. Review. Ukrainian.

326. MenziesD. Intestinal obstruction from adhesion-how big is the problem/D.Menzies,H.Ellis //Ann.R.Coll.Surg.Engl.-1990.-Vol.72,№1.-P.60-3.

327. MonkB.J. Adhesion after extensive gynecologic surgery: clinical significance, etiology, and prevention/B.J.Monk, M.L.Berman, FJ .Montz//Am.J.Obstet.Gynecol.-1994.-Vol.170,№5.-P.1396-403.

328. Mozhaievle., RekaJ., VisockyyI.A. Laparoscopy for treatment children with appendicular peritonitis //Хирургиядетскоговозраста. 2017. № 3 (56). С. 68-70.

329. Mueller B.A., Daling J.R., Moore D.E. Appendectomy and the risk of tubal infertility //N.Engl.J.Med.-1986.-Vol.315,№24.-P.1506-8.

330. Müller A.M., Kaucevic M, Coerdt W, Turial S. Appendicitis in childhood: correlation of clinical data with histopathological findings. KlinPadiatr. 2010 Dec; 222 (7): 449 – 54.

331. Müller G., Boman J., Shrier I., Gordon P. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction // Br J Surg. – 2000. – Vol.87, №9 P. 1240-1247.

332. Nazarey P.P., Stylianos S., Velis E. et al. Treatment of suspected acute perforated appendicitis with antibiotics and interval appendectomy. J Pediatr Surg. 2014;49(3):447-450.

333. Ndayizeye L, Ngarambe C, Smart B, Riviello R, Majyambere JP, Rickard J. Peritonitis in Rwanda: Epidemiology and

risk factors for morbidity and mortality. Surgery. 2016 Dec;160(6):1645-1656.

334. Nelson R., Edwards S., Tse B. Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery // Cochrane Database Syst. Rev. 2007. Vol. 18, № 3. CD004929.

335. Orley J. Diagnostic procedures of the lower genital tract // J. Orley // Athens. - 1991. - P. 25-26.

336. Pietrzak B. Own modification of the visualization of adhesions in the peritoneal cavity in patients treated with continuous ambulatory peritoneal dialysis // Pol Arch Med Wewn. - 1999. - Vol. 102, № 1. - P. 583-588.

337. Popovic D., Kovjanic J., Kolar D. Long-term benefits of laparoscopic appendectomy for chronic abdominal pain in fertile women // Croat. Med. J. - 2004. - Vol. 45, № 2. - P. 171-5.

338. Puri P., Mc Guinness E.P., Guiney J. Fertility following perforated appendicitis in girls // J. Pediatr. Surg. - 1989. - Vol. 24, № 6. - P. 547-9.

339. Rappaport W.D., Hunter G.C., Allen R. Effect of electrocautery on wound healing in midline laparotomy incisions // Am. J. Surg. - 1990. - Vol. 160, № 6. - P. 618-20.

340. Renell C.L. Intubation with telescoping of small bowel // Radiology. 1970. Vol. 97. P. 89-90.

341. Rozga J., Andersson R., Srinivas U. Influence of phosphatidylcholine on intra-abdominal adhesion formation and peritoneal macrophages // Nephron. - 1990. - Vol. 54, № 2. - P. 134-8.

342. Schietroma M., Piccione F., Carlei F. Peritonitis from perforated appendicitis: stress response after laparoscopic or open treatment // Am Surg. 2012 May;78(5):582-90.

343. Schneider A., Sack U., Rothe K., Bennek J. Peritoneal taurolidine lavage in children with localised peritonitis due to appendicitis // Pediatr Surg Int. - 2005. - P. 18-26.

344. Schwartz K.L., Gilad E., Sigalet D. Neonatal acute appendicitis: a proposed algorithm for timely diagnosis // J Pediatr Surg. 2011; 46:2060-2064.

345. Shamsiev A. M. Efficiency of an ultrasound sonography in case of appendicular peritonitis among children // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. - 2016. - Vol. 26, No 2. - P. 84-87.

346. Shamsiev A.M., Yusupov Sh.A. The role of ultrasound sonography in diagnosis of appendicular peritonitis in children // Наука, техника и образование. 2017. № 10 (40). С. 84-88.

347. Sivit C. J., Applegate K. E. Imaging of acute appendicitis in children // *Semin Ultrasound CT MR.* - 2003. - Vol.24, №2. - P. 74-82.

348. Sookram J, Naidoo N, Cheddie S. Perforated caecal duplication cyst presenting as an appendicular abscess // *S Afr J Surg.* 2016 Sep;54(3):42.

349. Thereaux J., Veyrie N., Corigliano N. Is laparoscopy a safe approach for diffuse appendicular peritonitis? Feasibility and determination of risk factors for post-operative intra-abdominal abscess // *Surg Endosc.* - 2014; 28(6): 1908-1913.

350. To T., Langer J.C. Does access to care affect outcomes of appendicitis in children?--A population-based cohort study // *BMC Health Serv Res.* 2010;10:250 .

351. United Kingdom National Surgical Research Collaborative, Bhangu A. Safety of short, in-hospital delays before surgery for acute appendicitis: multicentre cohort study, systematic review, and meta-analysis. *Ann Surg.* 2014;259(5):894-903.

352. Updated Guideline on Diagnosis and Treatment of Intra-abdominal Infections // *Am Fam Physician.* 2010 Sep 15;82(6):694-709. Available at: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/649554>.

353. Williams R.S., Rossi A.M., Chegini N., Schultz G. Effect of transforming growth factor beta on postoperative adhesion formation and intact peritoneum // *J.Surg. Res.*-1992.-Vol.52,№1 .-P.65-70.

354. Willis Z.I., Duggan E.M., Bucher B.T. et al. Effect of a Clinical Practice Guideline for Pediatric Complicated Appendicitis. *JAMA Surg.* 2016;151(5):e160194.

**SH.A. YUSUPOV, A.M.SHAMSIYEV, J.A. SHAMSIYEV,
D.R. XUDOYAROVA, E.S. DANİYAROV**

**TARQALGAN APPENDIKULYAR PERITONITNI QIZ
BOLALARNING REPRODUKTIV SALOMATLIGIGA TA'SIRI**

Monografiya

“TIBBIYOT KO'ZGUSI” NASHRIYOTI

*Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA
Musahhah — Olim RAXIMOV
Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV
Dizayner va sahifalovchi — Olima ZOHIDOVA*

“TIBBIYOT KO'ZGUSI” bosmaxonasida chop etildi.

Pochta indeksi 140100. Samarqand shahar,

Amir Temur ko'chasi, 18-uy.

Bosishga 26.05.2021 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 10
Bichimi 60x84^{1/16}. “Cambria” garniturası. 7.67 bosma taboq.

Adadi: 500 nusxa. Buyurtma raqami: 270 / 24.06.2021.

Tel/faks: 0(366) 2335415, e-mail: samgmi@mail.ru, www.sammi.uz

