

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ҚИШЛОҚ ВА СУВ ХЎЖАЛИГИ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ҚИШЛОҚ ХЎЖАЛИК ИНСТИТУТИ**

Қўлёзма ҳуқуқида

УДК: 619:636.2:617

ЎЛМАСОВ БОТИР ФАРХОД ЎҒЛИ

**ҚОРАМОЛЛАРДА ЖАРОҲАТЛАРНИ ЛИМФОТРОП УСУЛ БИЛАН
ДАВОЛАШ**

5 А 640102 - ВЕТЕРИНАРИЯ ЖАРРОХЛИГИ

мутахассислиги

**Магистр
академик даражасини олиш учун ёзилган
диссертация**

**Илмий раҳбар:
доцент, в.ф.н.**

НАРЗИЕВ Б. Д.

САМАРҚАНД - 2012

МУНДАРИЖА

I.	Кириш.....	3
1.1.	Мавзунинг долзарблиги ва уни илмий асослаш.....	20
II.	Адабиётлар таҳлили.....	22
2.1.	Лимфа ва лимфа тизими тузилиши.....	22
2.2.	Клиник лимфалогиянинг амалиётдаги аҳамияти.....	30
III.	Хусусий текширишлар.....	45
3.1.	Текшириш материаллари ва услублари.....	45
3.2.	Лимфотроп терапияни анотомо – топографик асослаш.	50
3.3.	Ҳайвонларда жароҳатларнинг битиши хусусиятлари.....	51
3.4.	Лимфатроп терапиянинг жароҳатларни битишига таъсири.....	56
IV.	Хулоса ва амалиётга таклифлар.....	61
V.	Фойдаланган адабиётлар руйхати.....	62
VI.	Илова. Интернет маълумотлари.....	65

I. Кириш

Ҳайвонларнинг саломатлигини ва мамлакатимиз ҳудудининг соғломлигини таъминлашда юқори малакали ва юқори иқтисодий самара берувчи ветеринария хизматини ташкил этиш ҳамда уни амалга ошириш муҳим аҳамият касаб этади.

Республикада мустақиллик шарофати туфайли биринчилар қаторида 1993 йил 3 сентябрда ўтказилган Олий Мажлис сессиясида “Ветеринария” тўғрисидаги қонун тасдиқланди.

Давлатимиз раҳбари И.А. Каримов ҳар доим қишлоқ хўжалигини ривожлантиришга катта аҳамият бериб келади.

Республика аҳолисини чорва маҳсулотларига бўлган эҳтиёжини қондириш мақсадида, чорвачиликнинг барча соҳаларини ривожлантириш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблайдилар.

Мамлакатимиз ишлаб чиқариш ва интеллектуал салоҳиятининг ярмидан ортиғи муайян тарзда бевосита қишлоқ хўжалиги билан боғлиқ. Қишлоқ хўжалик маҳсулоти мамлакатда валюта тушумларининг 55 фоизидан ортиғини таъминлайдиган муҳим экспорт манбаларидан бири ҳисобланади. Бу масаланинг иқтисодий жиҳати. Ижтимоий соҳада эса мамлакатнинг қишлоқ жойларида истиқомат қиладиган аҳолисининг катта қисмининг, бутун республика аҳолисининг тушунтириш даражаси, унинг моддий фаровонлиги қишлоқ хўжалигидаги ишларнинг аҳволига уни ривожлантириш самарадорлигига боғлиқ.

Энг муҳими бу – муаммонинг сиёсий жиҳатидир. Бугун биз шуни тобора чуқур англаб етаяпмизки, жамиятимизнинг умуман янгилиниши, демократик жараёнларининг ривожланиши ва кўп жиҳатдан қишлоқ хўжалигида ислохотлар нечоғли самарали кечаётгани, қишлоқ ҳаётининг барча жабҳаларида қанчалик чуқур кириб бораётгани билан боғлиқ.

Бу вазифаларни ҳал қилиш учун нафақат амалиёт, балки фан олдида катта вазифалар турибди.

Баркамол авлод йили Давлат дастури. Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А. Каримов 2009 йил 5 декабр куни мамлакатимиз Конституцияси қабул қилинганлигининг 17 йиллигига бағишланган тантанали йиғилишдаги “Ўзбекистон Конституцияси биз учун демократик тараққиёт йўлида ва фуқаролик жамиятини барпо этишда мустаҳкам пойдевордир” мавзусидаги маърузасида 2010 йилни “Баркамол авлод йили” деб эълон қилган эди.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2010 йил 27 январдаги ПК 1271-сонли қарори билан “Баркамол авлод йили” Давлат дастури тасдиқланди. У 11 бўлим ва 101 банддан иборат.

“Баркамол авлод йили” Давлат дастурининг мазмунига кўра: мамлакатимизда соғлом ва баркамол авлодни тарбиялаш, ёшларнинг ўз ижодий ва интеллектуал салоҳиятини рўёбга чиқариш, мамлакатимиз йигит-қизларини XXI аср талабларига тўлиқ жавоб берадиган ҳар томонлама етук шахслар этиб вояга етказиш учун шарт-шароитлар ва имкониятларни яратиш бўйича кенг кўламли аниқ йўналтирилган чора-тадбирлар амалга ошириш белгиланган.

“Баркамол авлод йили” Давлат дастурининг моҳияти Президент И.А. Каримовнинг 2010 й. 27 январда бўлиб ўтган Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси қонунчилик палатаси ва сенатининг қўшма мажлисидаги “Мамлакатимизни модернизация қилиш ва кучли фуқаролик жамиятини барпо этиш – устувор мақсадимиздир” ҳамда 2009 йилни асосий якунлари ва 2010 йилда Ўзбекистон ижтимоий-иқтисодий ривожлантиришнинг энг муҳим устувор йўналишларига бағишланган Вазирлар Маҳкамасининг 2010 йил 29 январда бўлиб ўтган мажлисидаги “Асосий вазифамиз-Ватанимиз тараққиёт ва халқимиз фаровонлигини янада юксалтиришдир” номли маърузасида очиб берган.

Дастур бўлимлари қуйидагилардан иборат:

1. Болалар ва ёшларнинг ҳуқуқ ва манфаатларини ҳимоя қилишга, уларни баркамол ривожлантиришнинг ҳуқуқий асосларини мустаҳкамлашга қаратилган меъёрий-ҳуқуқий базани такомиллаштириш.

2. Оналар ва болаларнинг репродуктив саломатлигини муҳофаза қилиш тизимини такомиллаштириш, профилактикага асосланган соғлиқни сақлаш тизимини устувор ривожлантириш, тиббий хизмат моддий техника базасини мустаҳкамлаш асосида соғлом авлодни вояга етказиш борасидаги чоратадбирларни янада кучайтириш.

3. Таълим соҳасида моддий-техника базаси шакллантирилиши ва ундан самарали фойдаланишни таъминлаш, реал иқтисодиёт тармоқлари ва соҳаларида талаб қилинаётган мутахассисларни тайёрлаш, давлат таълим стандартлари, ўқув дастурлари ва ўқув-услубий адабиётларни такомиллаштириш.

4. Таълим жараёнига янги ахборот-коммуникация ва педагогик технологияларни кенг жорий этиш, таълим муассасаларининг ўқув-лаборатория базасини мустаҳкамлаш, ўқитувчилар ва мураббийлар меҳнатини моддий ҳамда маънавий рағбатлантиришнинг самарали тизимини шакллантириш ҳисобига мамлакатимиз мактабларида касб-ҳунар коллежлари, лицейлари ва олий ўқув юртларида ўқитиш сифатини тубдан яхшилаш.

5. Замонавий ахборот ва коммуникация технологиялари, рақамли ва кенг форматли телекоммуникация алоқа воситалари ҳамда Интернет тизимини янада ривожлантириш, уларни ҳар бир оила ҳаётига жорий этиш ва кенг ўзлаштириш.

6. Ёш авлодни жисмонан баркамол этиб тайёрлаш, болалар спортини ривожлантириш соҳасидаги ишларни кучайтириш, ёшларни спорт билан мунтазам шуғулланишга кенг жалб этиш, янги спорт мажмуаларини қуриш ва жиҳозлаш, уларни юқори малакали устоз ва мураббийлар билан таъминлаш.

7. Ёшларни, энг аввало, касб-хунар коллежлари ва олий таълим муассасалари битирувчиларини, айниқса қишлоқ жойларда тадбиркорлик фаолиятига кенг жалб этиш.

8. Ёшларнинг ижодий ва интеллектуал салоҳиятини рўёбга чиқариш учун шарт-шароитлар яратиш, фанни янада ривожлантириш ҳамда истеъдодли, иқтидорли ёшларни илмий фаолиятга фаол жалб этиш.

9. Ёш оилалар тўғрисида ғамхўрликни кучайтириш, уларнинг ҳуқуқий ва ижтимоий муҳофазасини таъминлаш, соғлом ва мустаҳкам оила қарор топтириш учун шарт-шароитлар яратиш.

10. Ёшлар ўртасида соғлом турмуш тарзи тамойилларини қарор топтириш, уларни гиёҳвандлик, ахлоқсизликдан, четдан кириб келадиган экстремистлик марказлар ҳамда паст савияли “оммавий маданият” иллатларининг зарарли таъсирлари, таҳдидидан муҳофаза қилиш.

11. “Баркамол авлод йили” Давлат дастурининг мақсади, мазмуни ва аҳамияти тўғрисида оммавий ахборот, тушунтириш ишларини тизимли асосда ташкил этиш.

Ўзбекистон Республикаси ОўМТ вазирлигининг 2010 йил 9 февралдаги 212-сонли ҳамда Самарқанд вилоят ҳокимининг 2010 йил 10 февралдаги 31-Қ-сонли қарорлари билан Давлат дастури бандларида белгиланган вазифаларни амалга ошириш юзасидан Тармоқ дастури тасдиқланган.

Институтимизда “Баркамол авлод йили” Давлат дастурида белгиланган вазифаларни амалга ошириш юзасидан Ҳаракат дастури ишлаб чиқилган ва 2010 йил 26 февралдаги 46-сонли буйруқ билан тасдиқланган. Институт хусусиятидан келиб чиққан ҳолда “Баркамол авлод йили” Давлат дастурининг 45 та банди бўйича чора-тадбирлар режаси ишлаб чиқилган.

Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2010 йил 27 январдаги ПҚ-1271 сонли “Баркамол авлод йили” Давлат дастури тўғрисидаги қарорининг институтдаги ижроси мониторингини олиб бориш бўйича ишчи гуруҳ таркиби, Давлат дастуридаги вазифаларни институтда амалга ошириш

бўйича кенгаш таркиби, Давлат дастури тўғрисидаги қарорнинг аҳоли ҳамда профессор-ўқитувчилар ва талабалар ўртасида тарғибот-ташвиқот қилувчи ишчи гуруҳ таркиби 2010 йил 1 мартдаги 60-сонли буйруғи билан тасдиқланган.

Президентнинг 308 ва 842-қарорлари. Ўзбекистон Республикаси ҳукумати ва Президенти И.А. Каримов томонидан кейинги йилларда қишлоқ хўжалигини, чорвачиликни ривожлантиришга жуда катта эътибор берилмоқда. Бу борада Республикамиз Президенти И.А.Каримовнинг бир қанча фармонлари ва қарорлари эълон қилинди. Булардан бири 23 март 2006 йилда чиқарилган “Шахсий ёрдамчи, деҳқон ва фермер хўжаликларида чорва молларини кўпайтирилишини рағбатлантириш чора – тадбирлари тўғрисида” 308 – қарори ва “Шахсий ёрдамчи, деҳқон ва фермер хўжаликларида чорва моллар кўпайтиришни рағбатлантиришни кучайтириш ҳамда чорвачилик маҳсулотлари ишлаб чиқаришни кенгайтириш борасидаги қўшимча чора-тадбирлари тўғрисида” ги 2008 йил 21 апрелдаги ПК-842 қарори чорвачиликни, йилқичиликни, қўйчиликни, итчиликни ривожлантиришга яна бир туртки берди.

Республикामиз минтақасида кечаётган иқтисодий ислохотлар асосида янги мулкчиликда шаклланган типдаги хўжаликларни яратиш, бу хўжаликларни иқтисодий ва хусусий негизларини ишлаб чиқиш, шу асосида аҳолини озиқ-овқатга бўлган эҳтиёжини қондириш, маънавий–мафкуравий янги дунё-қарашни шакллантириш катта аҳамият касб этади.

Фермер хўжаликлари ташкил этилганидан кейин, нафақат сифатли маҳсулотлар ишлаб чиқариш, балки ишлаб чиқиладиган маҳсулотлар таннархини пасайтириш муҳим аҳамият касб этади.

Президентимиз И.А. Каримов қарорларида чорва молларни янада кўпайтириш, шу асосда қишлоқ аҳолисининг бандлиги ва даромадларини, гўшт-сут маҳсулотлари ишлаб чиқаришнинг ўсишини ошириш ҳамда ички истеъмол бозорининг тўлдирилишини таъминлаш мақсадида: шахсий ёрдамчи, деҳқон ва фермер хўжаликларида чорва молларни кўпайтириш ва

чорвачилик маҳсулотлари ишлаб чиқариш учун қулай шарт-шароитлар яратиш бўйича комплекс чора-тадбирлар 1-иловага мувофиқ; 2008-2010 йиллардаги даврда шахсий ёрдамчи ва деҳқон хўжаликларида қорамоллар сони кўпайишининг мақсадли параметрлари 2-иловага мувофиқ; 2008-2010 йилларда суғориладиган ерларда ем-хашак экинлари майдонларининг ҳисоблаб чиқилган прогнози 3-иловага мувофиқ маъқуллансин.

Ўзбекистон Республикаси меҳнат ва аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш вазирлиги, тижорат банкларининг 4-иловага мувофиқ шахсий ёрдамчи ва деҳқон хўжалиklarига қорамол сотиб олиш учун микрокредитлар ажратишни кенгайтириш тўғрисидаги таклифига розилик берилсин.

Вазирлар Маҳкамасининг қишлоқ ва сув хўжалиги, қишлоқ хўжалиги маҳсулотларини қайта ишлаш ҳамда истеъмол товарлари комплекси бир ой муддатда ем-хашак, шрот ва шелуха сотишга ихтисослаштирилган пунктлар тармоғини инвентаризациядан ўтказиш, бунда уларнинг вилоятлар, туманлар ва аҳоли пунктлари бўйича оқилона жойлаштирилишини ем-хашак истеъмолчилари – фермерлар, шахсий ёрдамчи ва деҳқон хўжаликлари эгаларининг улардан кенг фойдаланиши таъминланишини назарда тутсин.

Мазкур ихтисослаштирилган ягона пунктлар негизида туман ва вилоят бирлашмалари ташкил этилсин.

Ўзбекистон Республикаси Давлат мулки қўмитаси қишлоқ ва сув хўжалиги вазирлиги билан биргаликда бир ой муддатда Давлат Бош ветеринария бошқармаси зооветеринария пунктларини, камида 10 йил мобайнида уларнинг фаолият йўналишини ўзгартирмаслик шарти билан, шахсий ёрдамчи, деҳқон ва фермер хўжалиklarига зоотетеринария хизматлари кўрсатиш соҳасида хусусий тадбиркорликни жадал ривожлантириш учун давлат тасарруфидан чиқариш ҳамда хусусийлаштириш бўйича таклифларни Вазирлар Маҳкамасига киритсин.

“Пахта-банк” АТБ ва бошқа тижорат банкларига имтиёзли кредитлаш жамғармаси маблағлари ҳисобидан кредит бериш йўли билан зооветеринария хизмати кўрсатиш ҳамда молларни сунъий урчитиш корхоналарига зарур

зоотехник ва лаборатория жиҳозлари ҳамда транспорт воситаларини сотиб олишда устувор тартибда кўмаклашиш тавсия этилсин.

“Ўзқишлоқмашлизинг” компанияси зооветеринария хизмати кўрсатиш корхоналари учун зоотехник ва лаборатория жиҳозларини лизинг асосида етказиб берилишини таъминласин.

2012 йилнинг 1 январигача бўлган даврда зооветеринария пунктлари корхонани рўйхатга олишда ва ветеринария фаолиятини амалга ошириш ҳуқуқига лицензия беришда давлат божи тўлашдан озод қилинсин. Фермер хўжаликлари ва чорвачилик фермалари чорвачилик маҳсулотларини, унинг қайта ишланган маҳсулотини сотиш тушумидан давлатнинг мақсадли жамғармалари ҳамда мактаб таълими жамғармасига мажбурий ажратмалар тўлашдан озод қилинсин.

Иқтисодий инқироз. Давлатимиз раҳбари И.А. Каримов ҳар доим қишлоқ хўжалигини ривожлантиришга катта аҳамият бериб келади. Республика аҳолисининг чорва маҳсулотларига бўлган эҳтиёжини қондириш мақсадида чорвачиликнинг барча соҳаларини ривожлантиришга катта эътибор бериш лозим. Олий мажлиснинг X сессияси кун тартибига бошқа муҳим масалалар билан бир қаторда улкан сиёсий, иқтисодий ва ижтимоий аҳамиятга эга бўлган қишлоқ хўжалигида бозор ислохотларини кескин чуқурлаштириш муаммосини ечиш масаласи ҳам киритилган. Бу нима билан боғлиқ: Аввало бугунги кунда қишлоқ хўжалигининг иқтисодиётимиздаги, ҳаётимиздаги ўрни буни тақозо этмоқда. Ҳозир аграр тармоқ, яъни ички маҳсулотнинг тўртдан бир қисмини ишлаб чиқармоқда. Мамлакатимиз ишлаб чиқаришни ва интеллектуал салоҳиятининг ярмидан ортиғи муайян тарзда бевосита қишлоқ хўжалиги билан боғлиқ. Қишлоқ хўжалик маҳсулоти мамлакатга валюта тушумларининг 55 фоизидан ортиғини таъминлайдиган муҳим экспорт манбаларидан бири ҳисобланади. Бу масаланинг иқтисодий жиҳати иқтисодий соҳада мамлакатнинг қишлоқ жойларида истиқомат қиладиган аҳолисининг нафақат катта қисмининг, балки бутун республика аҳолисининг турмуш даражаси, унинг моддий фаровонлиги қишлоқ

хўжалигидаги ишларнинг аҳволига уни ривожлантиришнинг тезкорлиги ва самарадорлигига боғлиқ.

Энг муҳими бу муаммонинг сиёсий жиҳатидир. Бугун биз шуни тобора чуқур англаб етаяпмизки, умуман жойимизнинг янгиланиши, демократик жараёнларнинг ривожланиши ва кўп жиҳатдан қишлоқ хўжалигида ислохотларнинг нечоғли самарали кечаётгани, қишлоқ ҳаётининг барча жабҳаларида нечоғли чуқур кириб бораётгани билан боғлиқ. Бу вазифаларни ҳал қилиш учун нафақат амалиёт, балки фан олдида катта вазифалар турибди.

Ўзбекистон Ресубликасининг иқтисодий кўрсаткичларидаги қудрати унинг буюклигига қараб аниқланади. Мустақилликнинг дастлабки йилларидаёқ мамлакатимизда туб иқтисодий ислохотларни амалга оширишнинг ўзига хос йўли танланди. Ўзбекистон Республикаси Президенти И.А.Каримов томонидан ишлаб чиқилган бешта тамойилларда бу ўз аксини топган.

Давлатимиз раҳбари томонидан 23 март 2006 йилда чиқарилган «Шахсий ёрдамчи, деҳқон ва фермер хўжаликларида чорва молларини кўпайтиришни рағбатлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»ги ПК-308-қарори чорвачиликни ривожлантиришга яна бир туртки бўлди.

**Жаҳон молиявий инқирозининг Ўзбекистон иқтисодиётига таъсири
ҳамда унинг оқибатларини олдини олиш ва юмшатишга асос бўлган
омиллар**

Бугунги куннинг энг долзарб муоммоси – бу 2008 йилда бошланган жаҳон молиявий инқирози, унинг таъсири ва салбий оқибатлари, юзага келаётган вазиятдан чиқиш йўлларини излашдан иборат.

Аввало жаҳон молиявий инқирози ҳақида.

Бу инқироз Америка Қўшма Штатларида ипотекали кредитлаш тизимида рўй берган танглик ҳолатидан бошланади. Сўнгра бу жараённинг миқёси кенгайиб, йирик банклар ва молиявий тизимларнинг ликвидлик, яъни тўлов қобилиятига заифлашиб, молиявий инқирозга айланиб кетди. Дунёнинг етакчи фонд бозорида энг йирик компаниялар индекслари ва акцияларнинг бозор қиймати ҳалокатли даражада тушиб кетишига олиб келди. Буларнинг

барчаси ўз навбатида кўплаб мамлакатларда ишлаб чиқариш ва иқтисодий ўсиш суръатларининг кескин пасайиб кетиши билан боғлиқ ишсизлик ва бошқа салбий оқибатларни келтириб чиқарди.

Ҳозирги вақтда бир қатор етакчи таҳлил ва экспертлик марказлари глобал молиявий инқироз ҳолатини ва унинг юз бериши мумкин бўлган оқибатларига доир материалларни ўрганиш ва умумлаштириш натижасида қуйидаги хулосаларга келмоқда.

Биринчидан. Молия-банк тизимидаги инқироз жараёнлари деярли бутун дунёни қамраб олаётгани, репрессия ва иқтисодий пасайишнинг муқар-рарлиги, инвестициявий фаоллик қўламининг чекланиши, талаб ва халқаро савдо ҳажмининг камайиши, шунингдек, жаҳоннинг кўплаб мамлакатларига таъсир кўрсатадиган жиддий ижтимоий талафотлар содир бўлиши мумкинлиги ўз тасдиғини топмоқда.

Иккинчидан. Авж олиб бораётган глобал молиявий инқироз жаҳон молия-банк тизимида жиддий нуқсонлар мавжудлиги ва ушбу тизимни тубдан ислоҳ қилиш зарурлигини кўрсатади. Айни вақтда бу инқироз асосан ўз корпоратив манфаатларини кўзлаб иш юритиб келган, кредит ва қиммат-баҳо қоғозлар бозорларида турли спекуляция амалиётларга берилиб кетган банклар фаолияти устидан етарли даражада назорат йўқлигини ҳам тасдиқлайди.

Учинчидан. Молиявий-иқтисодий инқирознинг ҳар қайси давлатдаги миқёси, қўлами ва оқибатлари қандай бўлиши кўп жиҳатдан бир қанча омиллардан келиб чиқади. Яъни, бу аввало, ана шу давлатнинг молия-валюта тизими нечоғлиқ мустаҳкам эканига, миллий кредит институтларининг қай даражада капиталлашуви ва ликвидлиги (тўлов имконига), уларнинг чет эл ва корпоратив банк тузилмаларига қанчалик қарам эканига, шунингдек, олтин-валюта захирасининг ҳажми, хорижий кредитларни қайтариш қобилияти ва пировард натижада-мамлакат иқтисодиётининг барқарорлик, диверсификация ва рақобатга бардошлик даражасига боғлиқ.

Тўртинчидан. Жаҳон молиявий инқирозидан имкон қадар тез чиқиш, унинг оқибатларини енгиллаштириш кўп жиҳатдан ҳар қайси давлат доирасида ва умуман, дунё ҳамжамияти миқёсида қабул қилинаётган чоратадбирларнинг қанчалик самарадорлигига, уларнинг бир-бири билан уйғунлигига боғлиқ.

2008 йил ноябрь ойида Вашингтонда, жаҳон ялпи маҳсулотининг 85 фоизини ишлаб чиқарадиган 20 та йирик давлат иштирокида бўлиб ўтган саммит глобал молиявий инқирознинг қўлами тобора кенгайиб бораётганини тасдиқлади.

Ушбу саммитда бўлиб ўтган муҳокамалар шуни кўрсатдики, бутун жаҳон молиявий инқирозининг олдини олиш ҳақида сўз бораётгани йўқ, балки ундан қандай қилиб чиқиш йўллари изланмоқда, холос. Яъни бу, масалада вазият уш даражага етдики, энди аввалги марраларга қайтиш ҳақида сўз юритишга асос йўқ.

Муҳокамаларда инқирозни келтириб чиқарган сабаблар таҳлили бўйича саммит иштирокчиларининг ягона ёндашувига эга эмаслиги, шу боис ушбу глобал молиявий инқирознинг жиддий ва узоқ давом этадиган оқибатларининг бартараф этиш юзасидан умумий ва самарали дастур ишлаб чиқиш ҳақида гапиришга ҳали эрта экани аён бўлди.

Шу билан бирга, мазкур саммитнинг бўлиб ўтгани, унда жаҳон молия инқирози билан боғлиқ муаммолар ва вужудга келган вазият муҳокама қилинганининг ўзи умид уйғотадиган ижобий ҳол экани шубҳасиз.

Жаҳон молиявий инқирознинг ҳар бир мамлакатга таъсири, ундан кўриладиган зарарнинг даражаси ва қўлами биринчи навбатда шу давлатнинг молиявий-иқтисодий ва банк тизимларининг нечоғлиқ барқарор ва ишончли эканига, уларнинг ҳимоя механизмлари қанчалик кучли эканига боғлиқлигини исботлашга ҳожат йўқ, деб ўйлайман.

Ўзбекистонда қабул қилинган ўзига ҳос ислоҳат ва модернизация модели орқали биз ўз олдимизга узоқ ва давомли миллий манфатларимизни амалда ошириш вазифасини қўяр эканмиз, энг аввало, «шок терапияси» деб

аталган усулларни бизга четдан туриб жорий этишга қаратилган уринишлардан, бозор иқтисодиёти ўзини тартибга солади, деган ўта жўн ва алдамчи тасавурлардан воз кечдик.

«Янги уй қурмасдан туриб, эскисини бузманг» деган ҳаётий тамойилга таянган ҳолда, ислоҳатларни изчил ва босқичма-босқич амалга ошириш йўлини танладик.

Энг муҳими, парокандалик ва бошбошдоқлик таъсирига тушиб қолмаслик учун ўтиш даврида айнан давлат бош ислоҳатчи сифатида маъсулиятни ўз зиммасига олиши зарурлигини биз ўзимизга аниқ белгилаб олдик.

Мамлакатимизни узоқ ва давомли манфатлари тақозо этган ҳолатларда ва кескин вазиятлардан чиқиш, улар туғдирадиган муаммоларни ҳал этиш зарур бўлганда иқтисодиётда давлат томонидан бошқарув усуллари қўлланди ва бундай ёндошув охир-оқибатда ўзини тўла оқлади.

Шу ўринда Ўзбекистонда молиявий-иқтисодий, бюджет, банк-кредит тизими, шунингдек иқтисодиётнинг реал сектори корхоналари ва тармоқларининг барқарор ҳамда узлуксиз ишлашини таъминлаш учун етарли даражада мустаҳкам захиралар яратилганини ва зарур ресурслар базаси мавжуд эканини таъкидлаш жоиз.

Ҳеч кимга сир эмаски, бугун кенг кўламда тарқалиб бораётган жаҳон молиявий инқирознинг асосий сабабларидан бири – бу банклар ликвидлиги, яъни тўлов қобилиятининг заифлиги билан боғлиқ муаммонинг кескинлашуви, кредит бозоридаги танглик, содда қилиб айтганда, пул маблағларининг етишмаслиги билан изоҳланади.

Мамлакатимизда биргина тижорат банкларининг активлари миқдори, «Фуқароларнинг банклардаги омонатларини ҳимоялаш кафолатлари туғрисида» ги қонунга мувофиқ шаклланган захираларни ҳисобга олган ҳолда, 13 триллион 360 миллиард сўмдан ошади. Бу аҳоли ва хўжалик юрутувчи субъектларнинг жалб қилинган депозитлари ҳажмидан тахминан 2,4 баробар кўп демакдир.

Шу борада 2006 йилда ташкил этилган «Микрокредитбанк» нинг фаолияти хусусида алоҳида тўхталиш жоиз. Мамлакатимиз ҳудудларида 78 та филиали ва 270 дан зиёд минибанки фаолият кўрсатаётган мазкур банк кичик бизнес ва хусусий тадбиркорлик тармоғини кредитлар билан таъминлашга хизмат қилмоқда.

2007-2008 йиллар давомида ушбу банк активлари миқдори 3,5 баробар, кичик бизнес ва хусусий тадбиркорликни кредитлаш ҳажми 4 баробарга ошди ва бу мақсадларга 150 миллиард сўмдан ортиқ маблағ йўналтирилди.

Президент фармони асосида «Микрокредитбанк» устав жамғармасини 72 миллиард сўмга ошириш ва унинг ҳажмини 150 миллиард сўмга етказиш ҳақида қарор қабул қилинди.

Яна бир масала – ташқи қарз ва уни узиш муаммолари билан боғлиқ.

Шуни айтиш керакки, кўплаб давлатларнинг ташқи қарз масаласидаги пухта ўйланмаган сиёсати уларнинг иқтисодиётини заиф, ташқи омилларга қарам, хатарли вазиятлар олдида ҳимоясиз ва ночор аҳволга солиб қўйганини кўриш, кузатиш қийин эмас.

Ўзбекистон ўзининг мустақил тараққиёти даврида қисқа муддатли спекулятив кредитлардан воз кечиб, чет эл инвестицияларини узоқ муддатли ва имтиёзли фоиз ставкалари бўйича жалб этиш тамойилига доимо амал қилиб келмоқда.

Шуни ҳам қайд этишни истардимки, қарзни ўз вақтида қайтара олишга қатъий ишончимиз ва қафолатимиз бўлмаган пайтларда муайян лойиҳаларни кредитлаш бўйича айрим таклифлардан воз кечган ҳолатларимиз ҳам бўлди.

Тижорат банкларимизнинг ташқи мажбуриятлар бўйича тўловларининг ҳолати ва ҳажми масаласи бўйича сўз юритганда ҳеч қандай хавотирга ўрин йўқ.

Ўзбекистон ўзининг ишончли ва тўлов қобилиятига эга ҳамкор эканини, мамлакатимизда чет эл сармоясини жалб этиш бўйича ҳар томонлама қулай шарт – шароитлар яратилганлигини амалда исботламоқда.

2007-2008 йиллар давомида ўзлаштирилган чет эл инвестициялари ҳажми, 2,5 баробардан кўпроқ ошганининг ўзи ҳам буни тасдиқлаб турибди.

Умуман, 2009 йилда мамлакат иқтисодиётига киритиладиган хорижий ва кичик инвестицияларни ҳисобга олганда, капитал қўйилмаларнинг умумий ҳажми мамлакатимиз ялпи ички маҳсулотининг камида 25 фоизини ташкил этади.

Аҳолининг иш ҳақи ва даромадларини изчил ва олдиндан ошириб бориш ҳамда истеъмол бозорида нархлар индексининг асосий тарзда ўсишининг олдини олишга доир чора – тадбирлар ҳам изчиллик билан амалда оширилмоқда.

Табиийки, юқорида келтирилган мисол ва рақамлардан тобора чуқирлашиб бораётган жаҳон молиявий инқирози мамлакатимизда таъсир кўрсатмайди, бизни четлаб ўтади, деган хулоса чиқармаслик керак. Масалани бундай тушуниш ўта соддалик, айтиш мумкинки, кечириб бўлмас хато бўлур эди.

Барчамиз бир ҳақиқатни англаб етишимиз лозим- Ўзбекистон бугун халқаро ҳамжамиятнинг ва глобал молиявий-иқтисодий бозорнинг ажралмас таркибий қисми ҳисобланади.

Бунинг тасдиғини ташқи дунё билан алоқаларимиз тобора кенгайиб бораётганида, тараққий топган етакчи давлатлар кўмагида иқтисодиёт тармоқларини ривожлантириш, модернизация қилиш, техник ва технологик қайта жиҳозлаш бўйича дастурларнинг амалда оширилаётганида, Ўзбекистоннинг халқаро савдо тизимида интеграциялашувида, маҳсулот ва товарлар импорти ва экспортининг ўсиб боришида ва бошқа мисолларда яққол кўришимиз мумкин.

Шу боис глобал молиявий инқироз ва биринчи навбатда унинг оқибатлари иқтисодиётимизнинг ривожланиши ва самарадорлик ҳолатларига таъсир этаётганидан кўз юмиб бўлмайди.

Жаҳон бозорида талабнинг пасайиб бориши оқибатида Ўзбекистон экспорт қиладиган қимматбаҳо ва рангли металлар, пахта, уран, нефть

маҳсулотлари, минерал ўғитлар ва бошқа маҳсулотларнинг нархи тушиб бормоқда. Бу эса, ўз навбатида, хўжалик юритувчи субъектлар ва инвесторларнинг экспортдан оладиган тушумлари камайишига олиб келади. Уларнинг фойда кўришига ва ишлаб чиқариш рентабеллигига, охир – оқибатда эса макроиқтисодий кўрсаткичларимизнинг ўсиш суръатлари ва иқтисодиётимизнинг бошқа томонларига салбий таъсир этади.

Шубҳа йўқ жаҳон молиявий инқрозининг таъсирини камайтириш ва унинг оқибатларини бартараф этиш учун бизда барча зарур шарт – шароитлар мавжуд. Аввалом бор кейинги давр мобайнида мамлакатимизнинг иқтисодий ва молиявий салоҳатининг пухта пойдеворини, молиябанк тизимининг ишончини бошқарув механизмларини ўз вақтида шакиллантириб ва мустаҳкамлаб олганимиз бунга кафолат ва асос бўлиб хизмат қилиши муқаррар.

Ўзбекистон республикаси Президентининг яқинда қабул қилинган фармони билан жаҳон молия инқрозининг оқибатларига қарши кураш йўлида банк ва молия тизимларига қўшимча ёрдам бериш, иқтисодиётнинг реал сектори корхона ва компанияларининг фаоллигини кучайтириш ва рағбатлантиришга қаратилган чора-тадбирларини ишга солиш кўзда тутилган.

Бир сўз билан айтганда, мамлакатимизда глобал инқрозининг оқибатларини, бугунги ва эртанги кутиладиган таъсирини ҳисобга олган ҳолда, қатъий, ҳар томонлама ўйланган кенг қўламли лойиҳалар бугун амалга оширилмоқда.

Албатта, мамлакатимизда бундай чора-тадбирлар татбиқ қилиниши билан бир қаторда бу жиддий синовни енгиш, ҳеч шубҳасиз, кўп жиҳатдан ҳаммамиздан аввало масъулиятимизни теран ҳис қилишни, барча имконият ва ресурсларимизни ишга солишни талаб қилади.

**Мамлакатимизда демократик ислохотларни янада
чуқурлаштириш ва фуқаролик жамиятини ривожлантириш
концепцияси**

Ўзбекистон Республикаси Президенти И. Каримовнинг Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиси Қонунчилик палатаси ва Сенатининг қўшма мажлисидаги маърузасида давлат аҳамиятига молик муҳим вазифаларни ҳал этишда давлат ҳокимияти тармоқларини, хусусан, парламентни янада ривожлантириш ва мустаҳкамлаш сиёсий партияларнинг ролини ошириш, мамлакатимиз суд-ҳуқуқ тизимини, сайлов қонунчилигини такомиллаштириш, фуқаролик жамияти институтларини, оммавий ахборот воситаларини ривожлантириш, шунингдек, демократик ислохотларни янада чуқурлаштириш ва иқтисодиётни либераллаштиришга қаратилган бир қатор қонунчилик ташаббусларини илгари сурди.

Ватанимиз мустақиллигининг 20 йиллиги муносабати билан ўтган давр мобайнида ҳаётимиз сифати, мамлакатимиз қиёфаси қандай ўзгариб бораётгани, қандай ютуқ ва натижаларга эришганимиз, ижтимоий йўналтирилган бозор иқтисодиётига асосланган очиқ демократик давлат ва фуқаролик жамиятини барпо этиш йўлида қандай суръатлар билан ривожланиб бораётганимизни баҳолаш эҳтиёжи туғилмоқда.

Биз ўз олдимизга қўйган узоқ муддатли стратегик масалалар, яъни замонавий ривожланган демократик давлатлар қаторига кириш, иқтисодиётимизнинг барқарор ўсишини таъминлаш, ҳаёт сифатини яхшилаш ва жаҳон ҳамжамиятида муносиб ўрин эгаллаш борасидаги саъй-ҳаракатларимизга бугунги кун нуқтаи назаридан холисона баҳо беришимиз табиийдир.

Биз ишлаб чиққан ва бугунги кунда ҳаётга татбиқ этаётган ушбу моделнинг маъно-мазмуни – давлат қурилиши ва конституциявий тузумни тубдан ўзгартириш ва янгилаш, иқтисодиётни мафкурадан холи этиш, унинг сиёсатдан устунлигини таъминлаш, давлатнинг бош ислохотчи вазифасини бажариши, яъни ислохотлар ташаббускори бўлиши ва уларни мувофиқлаштириб бориши, қонун устуворлигини таъминлаш, кучли ижтимоий сиёсат

юритиш, ислоҳотларни босқичма-босқич ва изчил олиб бориш тамойилларига асосланадиган сиёсий, иқтисодий ва ижтимоий ислоҳотларни амалга оширишдан иборатдир.

Жаҳон миқёсида глобаллашув ва рақобат тобора кучайиб бораётган бугунги замонда биз дунёда юз бераётган туб ўзгаришлар жараёнида эгаллаб турган ўрнимизни холисона ва танқидий баҳолашимиз, тобора ошиб бораётган ҳаёт талабларига жавоб беришимиз, кечаётган давр билан ҳамқадам бўлишимиз шарт.

Бизнинг яқин истиқболдаги энг муҳим вазифамиз бошлаган ишларимизни изчил давом эттириш – истеъмол талабини кенгайтириш мақсадида социал соҳани ривожлантириш, меҳнатга ҳақ тўлашни янада ошириш, хизмат кўрсатиш секторини, инфратузилма объектларини ривожлантиришга, транспорт ва коммуникация лойиҳаларини амалга оширилишига алоҳида эътибор беришдир.

Мамлакатимизда демократик ислоҳотларни янада чуқурлаштириш ва фуқаролик жамиятини ривожлантиришнинг таклиф этилган Концепцияси Ўзбекистонни ислоҳ этиш ва модернизация қилиш борасида биз қарийб 20 йил олдин бошлаган жараённи давом эттириш бўйича Олий Мажлис томонидан узоқ муддатли аниқ ҳаракат дастурини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш учун асос бўлади, деб ишонамиз.

Бугунги кунда амалга оширилаётган ислоҳот ва янгиланишлар жараёни бутун жамиятимиз, саховатли заминимизда яшаётган ҳар қайси инсонни амалий ишларга сафарбар этадиган умумий мақсадга айланиши учун барча имкониятларни ишга солайлик, эл-юртимиз манфаати, она-Ватанимизнинг равнақи ва келажаги учун бир ёқадан бош чиқариб меҳнат қилайлик.

Мустаҳкам оила – жамият таянчи

Жорий йилнинг “Мустаҳкам оила” йили деб эълон қилиниши муносабати билан 2012 йилга белгиланган мақсадларга эришиш бўйича дастурий чора-тадбирларни амалга ошириш, шу жумладан жамиятнинг маънавий асосларини янада ривожлантиришда оиланинг аҳамиятини юксалтириш, ҳар бир оиланинг моддий фаровонлигини ошириш муаммоларини ҳал этишда давлат ва жамият томонидан эътибор ва ғамхўрлик кучайтирилиши зарурлигига алоҳида эътибор қаратилди (И.А.Каримов 2011йилнинг асосий яқунлари ва 2012 йилда Ўзбекистонни ижтимоий-иқтисодий ривожлантиришнинг устувор йўналишлари. Зарафшон газетаси.2012 йил 21 январ).

Ўзбекистон Республикасининг Оила кодекси ва бошқа қонун, меъёрий-ҳуқуқий ҳажжатларида ҳам бу қоида ва тартиблар қатъий белгилаб қўйилган ҳамда уларга сўзсиз амал қилинади. Бунга айти пайтда барчамиз гувоҳ бўлиб, давлатимизнинг оилаларга бўлган катта ғамхўрлик ва эътиборидан баҳраманд бўлиб келяпмиз.

Муҳтарам Юртбошимиз таклифи асосида 2012 йилнинг юртимизда “Мустаҳкам оила йили” деб номланиши эса бу борадаги ишларни янги босқичга олиб чиқиш, амалга оширилаётган демократик ислохотларни чуқурлаштириш ва эркин фуқаролик жамияти барпо этиш йўлидаги саъй-ҳаракатларни кучайтиришга хизмат қилади.

Бош қомусимизнинг мазкур бобида оила жамиятининг асосий бўғини эканлиги ҳамда жамият ва давлат муҳофазасида бўлиш ҳуқуқига эгаллиги белгилаб қўйилган. Шунингдек, угда никоҳ томонларнинг ихтиёрий розилиги ва тенг ҳуқуқлигига асосланиши, ота-оналар ўз фарзандларини вояга етгунларига қадар боқиш ва тарбиялаш, ўз навбатида вояга етган, меҳнатга лаёқатли фарзандлар ўз ота-оналари ҳақида ғамхўрлик қилишга мажбурликлари, фарзандлар ота-оналарнинг насл-насабидан ва фуқаролик ҳолатидан қатъи назар, қонун олдида тенглиги, оналик ва болалик давлат томонидан муҳофаза қилиниши ўз ифодасини топган.

Оила аталмиш муқаддас кўрғонга илк қадам тизимдаги фуқаролик ҳолати далолатномаларини ёзиш бўлимлари ва никоҳ уйларида бошланади.

Бугунги кунда ёшларни оилавий ҳаётга тайёрлашда Ўзбекистон Республикаси Адлия вазирлиги ва “Оила” илмий амалий маркази ҳамкорлигида ФХДЁ бўлимлари, Никоҳ уйлари қошида ташкил этилган “Оила дорилфунуни”, шунингдек, ўрта махсус, касб-ҳунар таълими муассасалари ва олий ўқув юртлири талабаларига мўлжалланган “Ёш оила қурувчилар мактаби”нинг фаолияти муҳим ўрин тутмоқда.

Бу ўқув машғулотири ФХДЁ бўлимлари ходимлари билан бирга тиббиётчилар, маҳалла маслаҳатчилари, хотин-қизлар кўмиталари масъуллари, маънавият тарчиботчилар, ибратли оилалар вакиллари томонидан олиб борилмоқда. Мазкур тадбирларда мамлакатимиз оилалар мустаҳкамлигини таъминлаш, оналик ва болаликни муҳофаза қилиш борасида олиб борилаётган кенг кўламли ислоҳотлар, қабул қилинаётган меъёрий ҳужжалар моҳияти ёшларга тушунтирилмоқда. “Ёш ота-оналарга” ва “Ёш келин-куёвларга”, “Ёш оила қурувчиларга” номли эслатмалар, “Қайнона бўлиш илми”, “Куёв бўлиш илми”, “Келин бўлиш илми” мавзусида рисоалар тарқатилаётир.

Қонунчиликни янада такомиллаштириш ва мустаҳкамлаш, ёш оилаларни ҳар томонлама қўллаб-қувватлаш, аҳолининг ҳуқуқий онг ва маданиятини ошириш ҳамда ФХДЁ бўлимлари ходимлари томонидан фуқароларга ҳуқуқий хизмат кўрсатиш даражасини янада ошириш юзасидан муҳим тадбирлар амалга оширилади. Тизимдаги идоралар айна пайтда ана шу талаблар асосида фаолият кўрсатишга интилмоқда.

1.1. Мавзунинг долзарблиги ва илмий амалий асослаш.

Сўнгги йилларда ва ветеринария соҳаларида лимфоид тизим орқали дори воситаларини юбориш усуллари такомиллашиб, муҳим аҳамият касб этиб бормоқда. Айниқса эндолимфатик ва лимфотроп терапия усуллари онкологик, йирингли яллиғланишлар, юқумли ва иммуно–аллергик

касалликларни даволашда яхши натижалар бера бошлади. (Левин Ю.А., 1987; Джумабоев Е.С., 1987, 1989).

Етакчи лимфологларнинг текширишлари натижасида лимфа томирларига юборилган дори воситаларини таъсир механизми аниқланди. Бундан ташқари физикавий, кимёвий, биологик ва бошқа агентларни лимфа тизимига тасири ўрганилди. (Ярина И. В., 1984).

Антибиотикларни лимфа тизимига юборишдан кўра мускул орасига юборганда дори моддалар асосан қон томирларга сўрилади ва 3–4 соатдан кейин унинг миқдори қонда камаяди.

Агарда антибиотиклар лимфа томирларга юборилса, қонда миқдори бир сутка ичида етарлича сақланиб қолади. (Ермолева А.С., 1986).

Йирингли септик жараёнларни даволашда антибиотикларни янги усул ёрдамида лимфатик йўлларга юборилса яхши натижага эришиш мумкинлиги аниқланган.

Федоров М.И., Левин Ю.М. (1986) лар лимфотроп даволаш усулини ишлаб чиқдилар, улар тажрибаларида антибиотикларни оёқнинг териси остидаги лимфа капиллярларига сўрилишини асослаб бердилар.

Лимфотроп усулнинг таъсирини кучайтириш учун, тери остига лимфа ҳосил бўлишини кучайтирувчи моддалар, ферментларни қўллаш тавсия қилинади.

Лимфотроп усулнинг бажарилиши оддийлиги учун клиник амалиётда кенг қўлланила бошланди. (Огнёв И.Ю., 1981). Бундан кўриниб турибдики, лимфотроп усул жароҳатларни даволашда муҳимлиги, унинг долзарблигини акс эттиради.

II. Адабиётлар тахлили.

2.1. Лимфа ва лимфа тизими тузилиши

Анатомик тузилиши бўйича лимфа тизими қуйидагилардан иборат:

1. Бошланғич тўрини ҳосил қилувчи лимфа капиллярлари;
2. Лимфа капиллярларини бирлашиши натижасида ҳосил бўлган орган ичидаги лимфа томирлари;
3. Тармоқланувчи ёки экстро-орган лимфа томирлари;
4. Турли орган ва тўқималардан тармоқланган томирларнинг бирикиши натижасида ҳосил бўлган лимфа коллекторлари;
5. Лимфа коллекторларидаги йўлларида ҳосил бўлган лимфа тугунлари;
6. Одам ва ҳайвонлар организмнинг турли қисмларида лимфа суюқлигини вена тизимига кўкрак ва ўнг лимфа йўллари орқали қуйилади. (Жданов Д.А., 1952; Фенди М.Д., Сабо, 1957, Свиридов А.И., 1966; Ю.Е.Выренков, 1981).

Лимфа тизимининг ривожланишининг қон томирлар тизимининг тараққиёти билан узвий алоқадорликда кечади.

Умуртқасизлар ва паст табақадаги умуртқалиларда умумий гемо-лимфа тизими мавжут. Мустақил лимфа тизими тизим сифатида суякли балиқларда пайдо бўлиб, уларда лимфа томирларини висцерал ва париетал тизимларига ажралиши рўй берди, кўрсатишларича лимфа томирларини най тизими шаклида биринчи бўлиб юқори табақали ривожланган умуртқалилар - қушлар ва сут эмизувчиларда пайдо бўлади.

Бу найлар қуйи табақалилардаги умуртқалиларнинг лимфа ёриқлари ва бўшлиқларидан фарқли ўлароқ ўзларининг деворларида мускул элементларини сақлайди. Улар клапанлар билан таъминланган бўлиб, шу туфайли улар лимфа суюқлигини йиғиш билан бирга унинг характерини ҳам таъминлайди.

И.Русьян, М.Фелди., Д.Саболарнинг (1957) маълумотларига кўра қон томирлари ва лимфа томирлари мезинхема элементларидан локал юзага келади.

Ҳақиқий лимфа томирлари эмбрионал даврнинг анча кеч босқичида шаклланиб, бу вақтда қон томирлар тизими қарийб тўлиқ таракқий этган бўлади. Аммо бу масалалар ҳозирги пайтда мунозарали характерда.

Лимфа томирлари венадан иккиламчи ривожланадими ёки унга боғлиқ бўлмаган ҳолда мезинхемадан ҳосил бўладими деган савол унчалик тушунарли эмас, марказга интилиш назариясига мувофиқ деб кўрсатилади.

Лимфанинг тизимининг пайдо бўлиши, венанинг таракқий этишига боғлиқ бўлмаган ҳолда рўй беради.

Шунинг билан биргаликда М.М.Сапин, М.А.Юрина (1978)ларни таъкидлашларича, лимфа тизимининг ривожланиш механизми бўйича икки хил нуқтаи назарда бўлишига қарамасдан, у қон томирлар тизими билан узвий боғлиқ алоқадорликда ривожланади ва таракқий этиш жараёни натижасида икки тизимнинг қўшилиши рўй беради, деган далил ва шубҳа уйғотилади.

Лимфа капиллярлари лимфа тизимининг бошланғич тўри сифатида организмда юқори молекулали моддалар: оксиллар, липидлар ва бошқа каллоидларни сўриш ҳамда ташиш каби муҳим вазифаларни бажаради.

Ждановнинг маълумотларига кўра, эндотелиал пайлардан иборат лимфа капиллярлари мия, талоқ паринхемасини, буйракнинг эпителиалли қоплами ва шиллиқ пардалар, тоғай, кўз олмасининг оқ пардаси, кўз гавхари ва йўлдошдан бошқа барча органларни тешиб ўтади.

Лимфа капиллярларининг девори 3-6 эндотелий хужайраларидан ташкил топган бўлиб, улар 0.1 микрондан бир неча микронгача қалинликда қатлам ҳосил қилади.

Ушбу қатлам одам ва ҳайвонларда бир хил типдаги тузилишга эга. Улар урчуқсимон нотўғри хужайралардан таркиб топган. Уларнинг икки шакли лимфа капиллярларининг жойлашган жойи, унинг вазифаси антогенези босқичларига боғлиқдир (Г.Г.Аминова, 1980).

Лимфа капиллярлари эндотелийсининг хужайравий тузилишини кўрсатади.

А.В.Чернишенков ва А.А.Сушколарнинг (1973) маълумотларга кўра, эндотелий хужайраларининг пардаси 50 А° қалинликдаги лимфатик мембрананинг тўпламидан иборат.

Эндотелиал хужайраларининг туташган жойида плазматик мембрана кўшни хужайралар ичига кирувчи бурмалар ҳосил қилади. Бу бирикиш интердигитация деб юритилади.

Девори эндотелиал хужайралар қавати базан мембрано ва перицитларидан таркиб топган капилляр қон томирлардан фарқли уларок лимфа капиллярларининг деворида пестицитлар бўлмайди (Шахломов В.А., Жданов Д.А., 1964).

Лимфа капиллярларида базал мембрана мавжутлиги борасида бир хил фикрлар йўқ. (В.В.Куприянов, 1981) базал мембрананинг мавжуд-лиги лимфа капиллярлари девори орқали малекулалар ҳаракатини қийинлаштирган бўлар деган эҳтимолини айтиб, шу билан бирга интерстицион бўшлиқни чегаралаб туришда унинг ролини ҳам кўрсатиб берди.

Ушбу масала ҳозирги кунгача ўзининг узил-кесил ечимини топмаган ва қийинги тадқиқотлар учун материал бўлиб хизмат қилади.

Лимфа капиллярларининг терминал бўлимларининг тузилиши тўғрисидаги масала охиригача масала ҳал этилмаган.

Лимфа капиллярларининг асосий вазифаси бўлган тўқималардан оқсиллар ва бошқа каллоидларни сўрилиши, ҳамда ташиши билан боғлиқ ҳолда катта аҳамиятга эга.

Д.А.Жданов (1952), А.А.Сушко, А.В.Черньшенко (1966) ва бошқаларнинг фикрича лимфа капиллярларининг боши ёпиқ. Аммо лимфа капиллярларининг илдизи ва бошланиш жойларида очиқ ва улар тўқима суюқлигининг фильтрациясини таъминловчи 2-6 мкм ўлчовдаги тешикчалар

ёрдамида бириктирувчи тўқиманинг хужайралараро моддаси билан туташади. (Г.П.Гурников, 1976; Артомонов, 1971; В.Казърева, 1979).

Кўпчилик тадқиқотчилар моддаларнинг кириши учун хужайралар-аро йўл борлиги тўғрисида фикрини ёқлаб чиқдилар.

Лимфа капиллярларининг эндотелиал хужайраларини интерстициал тўқима билан бирикиши алоҳида қизиқиш уйғотади. Улар капиллярлар деворини тортиб турувчи ва босим ўзгарганда кучайиб қолишига йўл қўймайдиган капиллярлар ичига интерстициал суюқлик тушганда эндотелиал тўқималарни кенгайтириб турувчи илгаксимон ва эпикалсимон филоментлар ёрдамида атомия ошади. (Куприянов В.В, 1981).

Лимфа капиллярларининг вазифаси оқсил ва каллоидларни резорбцияланиши. Жданов Д.А нинг (1952) маълумотларига кўра лимфа капиллярларини хусусиятларига кўра қуйидагилар киради:

Ажойиб бурмалар, кўп миқдордаги кенгаймалар, тўсатдан алмашиниши керак бўладиган қисқармалар, капиллярлар тўрининг қисқармалари, унинг тўрининг илмоқлари, узилган жойда лимфа “қўллари” пайдо бўлиши ва бир неча микрон капиллярлари ўзларининг йўналишида ўзаро бирлашиб, орган ичи лимфа томирларини ҳосил қилади ва улар клапанлари борлиги билан фарқ қилади.

Лимфа томирларида клапанлари жойлашиш жойи ва тузилиши уларнинг икки хил вазифасига асосланган:

Лимфа оқими марказга йўналишини бошқаради, лимфа томирларини лимфа билан тўлиб қолишини олдини олишдир.

Қатор тадқиқотлар эгалари лимфа ангиомаси, яъни қўшни клапанлар ўртасида лимфа томрларининг ажрим қилади. Курдюмов М.А. (1961) лимфа томирларини тармоқланиши ва қўшилишининг унинг асосий шаклини ажрим қилишини таклиф этади:

1. Иккинчи даражали лимфа томирлари органнинг турли жойларида ёки областида ҳосил бўлгандан сўнг, вена томирига қўйилиши жойига борувчи битта коллекторлар стволиги қўшилади.

2. Орган ёки тананинг областларидаги тармоқланувчи томирлар йўлида бир нечта коллектор томирларга бирлашиб, улар вена томирларига қўшилишидан олдин битта ствол қўшилмайди.

3. Орган ёки областлардаги тармоқланувчи томирларни қўшилишидан пайдо бўлган. Умумий коллектор томир ўз йўналишида (артерия ва вена йўли бўйича) қатор шохчаларга бўлинади, кейин вена томирига қўшилишидан олдин яъна қайта бирлашади.

Ҳозирги вақтда юза ва гуруҳ лимфа томирларининг ўзаро муносабати ҳеч кишида шубҳа уйғотмайди. Буни Жданов Д.А (1963); Шохмардонов (1957); Надеждин В.Н (1967); С.Д. Рамазонов (1976) ва бошқалар ўз тадқиқотларида яъна бир бор мақуллайдилар.

Магистрал лимфа томирлари озиқлантирувчи хусусий томирлар клапанларга эга бўлиб, улар ўзларининг атрофидаги қон томирларидан келиб чиқади.

Х.Н.Навришъев (1926), Д.А.Жданов (1949), А.В.Барисов (1964), В.С.Свиридов (1966), А.М.Белошаев, Р.А.Лариев (1979)ларнинг ишлари натижасида лимфа томирларининг тараққий этган иннервацияси мавжудлигини тасдиқлади. Қон томирлари ва нерв, лимфа томирларининг деворига асосан клапанлар жойлашган жойларда киради (А.В. Черньшенко, А.А.Сушко, 1979).

Юқорида кўрсатилганидек лимфа капиллярларининг асосий вазифаси тўқималардан оқсил ва бошқа юқори молекулали моддаларни резорбциялаш бўлиб, айти пайтда ушбу материални қон ташиш вазифаси ҳам лимфа томирларига юклатилган.

Лимфани томирлар бўйлаб ташилишига таъсир қилувчи ички ва ташқи омилларни ажратиш мумкин. Петровский В.А, Д.А.Смирнов (1987) лимфани ҳаракатга келтирувчи асосий куч – бу атмосфера бўшлиғининг кучи бериб, у ёпиқ сифат принципи бўйича лимфа ҳаракатини таъминлайди деб такидлайдилар.

Улар шунингдек қон томирлари ва лимфа томирлари умумий бўлган ҳаракатлантирувчи томирлари маркази борлигини кўрсатади.

Лимфа ҳаракатини таъминловчи ташқи омилларга уқалаш, мускул активлиги, артерия, шу жумладан аорта пулсацияси, нафас олиш, ҳаракати киради. (Петровский В.В., (1960), И.А.Патапов (1964) ва бошқалар.

Лимфа тугунлари овал, ловиясимон ёки юмалоқ шаклдаги тугунлар бўлиб ёки ўтган сайин ўзгариб, лентасимон ва сегментлар шаклини ҳосил қилади. Уларнинг катталиги бир неча миллиметрдан (1.5-2.5мм) бир неча сантиметргача бўлади.

Лимфа тугунларининг сони ва ўлчами бир мунча фарқ қилиб, ҳайвоннинг тури, жинси, ёши, ҳамда зот омилларига боғлиқ (Шевцов Е.В., 1995; М.П.Сепин, Юрина Н.А., 1978, А.И.Анаевскийнинг, 1984) маълумотларига кўра лимфа тугунларини сони ҳар хил ҳайвонларда турлича вариация Итда-60, Чучқа-190, Ў.Ш.Ҳ-300 ва бошқа ҳайвонлар хусусан отларда 8000 бўлади. Лимфа тугунларини ўзининг структураси бўйича, ташқи томондан ўраб турувчи бириктирувчи тўқимани капсуладан, ундан ажралувчи нафис бириктирувчи тўқимани тўсиқ - тробикулардан ташкил топган. Ботиқ юзасида тугун – дарвозаси -химус бўлиб, у ердан артерия киради ва вена ҳамда ефферент лимфа томирлари чиқади.

Тугун паренхимаси пўстлоқ ва мағиз моддаларига бўлинади. Пўстлоқ моддасида юмалоқ шаклдаги лимфатик молекулалар жойлашган бўлиб, у ерда лимфоцитларнинг кўпайиш маркази мавжуд. Мағиз пардаси исимон кўринишда жойлашган.

Бир томондан капсула ва тробекула иккинчи томондан паренхима ўртасида тор ёриқ лимфа синуслари мавжуд.

Капсула остидаги четки синус ва мағиз моддасидаги марказий синуслар девори лимфа томирлари эндотелийсини давоми ҳисобланадиган эндотелий билан қопланган. (М.Ф.Иванов, 1976, И.Русьнек, 1957, Юрина Н.А., 1978).

Лимфа тугунларининг қон билан таъминланиши тугун атрофида ётувчи ва бевосита атроф тўқималардан чиқувчи артериал томирлар ёрдамида амалга оширилади. (Б.Б.Основ, Ю.Е. Въренков, 1967).

Лимфа тугунларининг иннервацияси одатда тугунча капсула ва дарвоза орқали кирувчи вегетатив ва соматик нерв учлари воситасида таъминланади. (Х.Л.Механик, 1960; В.Н.Шволев, 1968); С.А.Мэсалуров, 1958).

Лимфа тугунларини жойлашуви бўйича классификациялар бўлиб, уларнинг йирик қон томирларига ва регионарлик хусусиятига боғлиқ. Н.А.Семина (1975) лимфа тугунларининг жойлашувини уч босқичга ажратди:

1-босқич - орган ичкарасида.

2-босқич - орган ичкарасида.

3-босқич - регионар.

Л.С. Беснолова (1967) йил лимфа тугунларини тузилиши бўйича бир нечта типга ажратади:

а) Бир жойда тўпланган, яъни концентратлашган

б) Аралаш (оралиқ)

в) Дисперстик (аро)

Бундай классификациянинг асосида оқиш, оқиш худудининг катталиги ўлчамлари ва сони ҳақида маълумотлар ётади.

Лимфа тугунлари бажарадиган вазифалари жуда катта. Ўзининг тузилиши хусусияти туфайли улар корпускуляр ва каллоид моддалар ёки заррачалар, бактериялар ва токсинларни тутиб олувчи кучли механик ва биологик филтёр бўлиб ҳисобланади.

Уларда иммунитет ҳосил бўлишида иштирок ётувчи Б-Т-лимфоцитлар ҳосил бўлади. Т.Молек (1968), Н.А.Скиянова (1978), Д.А.Жданов (1982) ва бошқалар.

Лимфа тугунлари орқали ўтаётган лимфа томирлари кўшилиб йирик стволларни ҳосил қилади. Уларга кўкрак йўлига ва ўнг лимфа стволига қўйиладиган тронеал, ичак ва бел лимфа йўллари киради.

Кўкрак ва ўнг лимфа йўллари ўз навбатида вена томирларига қўйилади. Д.А. Жданов (1942) кўкрак йўли ва одам гавдасидаги бош лимфа коллекторлари анатомиясини батафсил ёзган.

Ҳайвонларнинг кўкрак лимфа йўллари ўрганишда Кузнецов Г.С. (1961), Б.З.Иткин (1966), Я.К.Рахимов (1966), Р.Р. Рўзметов (1965) ва бошқалар ўзларининг тадқиқотлари билан катта ҳисса қўшадилар.

Лимфа тизими кўпинча касалликларнинг этиологияси ва патогенезида иштирок этиши билан боғлиқ ҳолда патологик жараёнда унинг роли катта.

Лимфа йўллари бўйлаб организмга бактериялар, токсинлар ёки оқсиллар хавфи ўсма хужайралари тарқалади. И.Ф.Трек (1971), Ю.Е. Въренков (1967), Б.В.Огнёв (1963), Ю.М.Левин (1987) ва бошқалар.

Шунинг билан боғлиқ ҳолда турли хил касалликларни даволашда самарали усуллардан фойдаланиш имкониятлари мавжуд.

Кейинги ўн йилликларда тадқиқотчиларнинг зўр бериб ишлашлари туфайли медицина ва ветеринарияда янги йўналиш – клиник лимфалогия пайдо бўлади. Патогенетик асосланган, ўзаро боғлиқ ва ўзаро қувватловчи воситалар услуб ҳамда усул яратишга эҳтиёж пайдо бўлади. Шундай усуллардан бири - лимфа тизимининг дори препаратлари билан тўйинтириш эндолимфатик лимфотроп терапиядир.

Эндолимфатик - лимфотроп терапия усулидан типик фойдаланиш ва уни такомиллаштиришда Б.П.Лукьянченко (1966), Г.З.Занченкузе, А.Ф.Сиб (1987), Б.А.Джумабоев (1992) лар ва бошқалар ўз хиссаларини қўшдилар.

Ҳозирги кунда эндолимфатик лимфотроп терапияни хавфи ўсма (онкологик) жараёнлари, яллиғланишлар ва бошқа патологик жараёнларни даволаш мумкин бўлмаган иммун ва метаболитик бузилишлар каби кўпгина касалликларда қўллаш мумкин. (Ю.М.Левин, 1987).

Сўнги йилларда нормада ва патологияда ҳолатнинг таркиби, физико-кимявий хусусиятларини ўрганиш учун лимфа суюқлигини олиш мақсадида йирик лимфа стволиги конюла қўйиш муҳим аҳамиятга касб этади. П.Маик (1963), Б.З.Иткин (1966), А.А.Аниев (1963), Б.А. Башкиров, В.С.Кондратьев (1969), К.А.Петранов ва бошқалар шулар жумласидандир.

2.2. Клиник лимфалогиянинг амалиётдаги аҳамияти

Кейинги йилларда амалиёда организмга лимфа тизими орқали таъсир қилиш усуллари ишлаб чиқилди такомиллаштирилди ҳамда қўлланиб келинмоқда.

Патологик жараёнга бу тизимнинг фаолияти орқали таъсир қилиш лимфатик терапия номини олди.

Бу терапияга асосан эндолимфатик ва лимфотроп терапия орқали амалга оширилди. Бу усулларни ишлатиш муҳотида янги йўналишни вужудга келтиради, яъни бу клиник лимфалогиядир.

Барча усулларни назарий ва экспериментал нуқтаи назардан аниқлаб беришда катта ҳисса қўшган олимлар Д.Д.Зербино (1967), С.У. Джумабоев (1969-70), Р.С. Орлов (1977), Ю.М.Левин (1987), Е.С.Джумабоев (1992-1999) ва бошқалар киради.

Айниқса эндолимфатик ва лимфотроп терапия онкологик йирингли яллиғланишлар, юқумли ва иммуно–аллергик касалликларни даволашда яхши натижа беради.

Лимфа томирлар орқали дори воситаларни юбориш, айниқса антибиотикларга деган фикрни биринчи марта 1950 йилда Б.В. Огнёв билдирди.

Экспериментал текширишлар олиб бориш вақтида у лимфа тизими орқали ўсма хужайраларини бирламчи ўчоқдан тарқалишига ва шу билан биргаликда микроорганизмларни миграциясини алоҳида лимфонгит, лимфаденит ва сепсисни ривожлантиришни аниқлади.

Лекин, бу билдирилган фикрлар чорак аср давомида морфологлар, тадқиқотчилар ва клиницистлар томонидан текширишлар ўтказилиши натижасида шу нарса аён бўлдики, патологик жараёнга таъсир қилиш медицинанинг етакчи усули хисобланади.

Етакчи лимфологларнинг текширишлари натижасида лимфа томирларга юборилган дори воситалари таъсир механизми аниқланди. Шу билан биргаликда физикавий, кимёвий, биологик ва бошқа агентларнинг лимфа системасига таъсири ўрганилди. Г.А.Зедяндзе (1977), А.Ф. Сив (1977), Панченков (1978-79), В.М.Буянов (1979), И.А.Бешченко (1980), И.Қ. Ярина (1983), Ю.М.Левин (1986), С.У.Джумабоев (1992) ва бошқалар.

Лимфа тизимининг функцияларига қуйидагилар киради:

- Хужайраларо суюқликларни метобалитик гормон, ферментлар билан ёпиб чиқиш;
- Каллоид эритмалар, оксиллар моддалар, ва липидлар эмульсияларини сўриш ва транспартировка қилиш;
- Хазм қилишда қатнашиш;
- Иммуни, химоя ва қон ҳосил қилишда қатнашиш;
- Микроблар ва улардан ҳосил бўладиган токсинларни йўқотиш;

Даволашнинг характери ва йўналишига қараб Джумабоев, Ю.Р.Файзиев (1986) лар биринчи марта лимфа терапияни классификациясини ишлаб чиқдилар ва амалиётда тақдим етдилар.

Лимфа терапиянинг таснифланиши:

I. -Турлари:

1. Умумий терапия орқали:

- а) Қон оқими (артериялар, веналар, мускуллар, тери орқали).
- б) Лимфа томирлар (ортоград йўналиши, ретроград формага қарши).
- в) Лимфа тугунлари;
- д) Сероз пардалар;
- е) Тери ости ёғи.

2. Регионал лимфа терапия орқали:

- a) Қон орқали;
- b) Лимфа томирлари орқали;
- c) Лимфа тугунлари;
- d) Суяк туқимаси;
- e) Сероз пардалар;
- f) Тери ости ёғи.

II. Лимфа терапия усуллари.

1. Тўғридан-тўғри;

2. Тўқималар орқали.

III. Дори воситаларини юбориш.

1. Тўғридан-тўғри лимфа томига.

- a) Лимфа томирларига катетир қўйиш;
- b) Лимфа тугунларини ўзига коллектор қўйиш.

2. Туқималар орқали лимфа терапия.

- a) Тери орқали санчиш ваҳужайра бўшлиқларини ва пайларни кастерицация қилиш;
- b) Нитраоперацион санчиш;
- c) Тери орқали дориларни игнасиз катетер билан юбориш.

3. Электрофарез усули.

IV. Таъсир механизми.

1. Микросиркуляцион коррекция қилиш:

- a) Лимфа суюқлигини ҳосил қилиш ва лимфа адреналинни кучайтириш;
- b) Лимфани ҳосил бўлишига ва лимфа дренажни тормозлантириш.

2. Антибактериал терапия.

3. Иммуно тикланиш терапия.

4. Ўсмаларга қарши терапия.

5. Заҳарланишга қарши терапия.

6. Уйғунлаштирувчи терапия.

V. Лимфа терапиянинг даволашнинг таъсир регионлари.

1. Тўғридан – тўри:

а) Бош, бўйин лимфа тугунлари;

2. Лимфотроп.

а) Буруннинг ёрдамчи коваклари сероз пардалари, қулоқлари, жағ ости, ияк ости олдинги ва орқа бўшлиқ деворлари клечаткаси (ёғи).

1. Кўкрак қафаси:

- ўпкани лимфа тугунлари, қўл ва оёқни лимфа коллекторлари,
- лимфотроп – олдинги ва орқа бўшлиқ деворлари клечаткаси ўпка томири, ўпка – диафрагма найи.

2. Қўл ва елка уларнинг лимфа томирлари ва тугунлари.

- лимфотроп – типига, бирак, елка, тери ости клечаткаси.

3. Оёқ ва тос лимфа томирлари ва тугунлари.

- лимфотроп – товон, болдер ва соннинг тери ости клечаткаси, бачадоннинг юмшоқ пайи, уруғдон тизмачаси, пероректал ёғ.

4. Қорин бўшлиғи.

- Қори бўшлиғи ва оёқларнинг лимфа томирлари ва тугунлари;
- Лимфотроп – юқори қават жигарни юмшоқ пайи, кичик чарви, ўрта – қавати, катта чарви, ингичка ва чамбар ичаклар чарвиси; - Кўкрак чарви – пастки қавати.

Эндолимфатик терапия анатомио-клиник асосланиши асосан ўсмаларга қарши дориларни юбориш ва уларни тана хужайраларига таъсир механизмини ўрганиш билан боғлиқ.

Бу усул билан икки мингдан ортиқ анкологик касалликларда даволашда ишлатилади. (А.И.Поликов, 1985).

Бундан ташқари бу усул ошқозон ичак касалликлари даволашда ишлатилган (А.В.Аноколен, 1965), тери меланомасини (Р.С.Колесников, 1985), айниқса жинсий орган ўсмаларида қўлланилган (В.А.Иванов, 1981).

Эндолимфатик усул билан ўсмаларни химикотерапия ўтказишганда 5 – кунга бориб улар анча кичиклашган 11 - хафтага бориб айримлари тузалган, йўқолган.

А.Н.Панковин (1983) маълумотларига кўра: митотик активлиги тери меланолихида 19% дан 2% камаяди, тўғри ичак ракида 32% дан 22% гача, холинэпителиомада 18% дан 10% гача камаяди.

Ўсма атрофида айниқса тўқималар чегарасида лимфацитларни кўп миқдорда бўлиши аниқланади.

Ўсмани қайта ўсиши фиброз тўқимани ўсиши ва ўсма хужайраларини бириктирувчи тўқималарга алмашилиши билан характерланади.

Ўсмалар лимфатерапиясининг асосини умумий ҳолда ўсмаларнинг ўсишини тўхтатиш ва айрим жойларда ўсма хужайраларни қайта парчаланиши натижасида бириктирувчи тўқималар ўсади. Шу билан биргаликда ўсма хужайраларини лимфа томирлар орқали тарқалиши ва лимфацитларнинг сони ошади ёки умуман тўхтади (Е.Е.Вишневский, 1989).

Лимфа терапия нафақат ўсмаларни хажмини кичиклаштиради, балки иккиламчи яллиғланишни тўлиқлик билан тўхтатади. Бунинг натижасида ўсма атрофидаги туқималар орқали шиш камаяди.

Қон айланиши динамикаси яхшиланиши нафақат ўсма атрофидаги тўқималардаги инфилтратлари камайишига олиб келади ва шу билан биргаликда касалланган орган ҳолати яхшиланади.

Лимфа терапиясини йирингли яллиғланиш жараёнларига даволаш ишларида қўллаш мумкин (В.Г.Иванов, И.А.Саловьев, 1977).

Йирингли патологик жараёнларда лимфа томирлар орқали асосан антибиотиклар юборилади ва шу орқали яхши натижага эришилади. Чунки йирингли яллиғланишларда С.М.Қурбоналиев (1985) маълумотларига кўра айниқса операциядан кийин 10-12 % ташкил этади деган фикрни билдиради. Агарда вақтида даволашни олиб борилмаса септис жараёнлардан ўлим 40 – 60% ни ташкил эташи мумкин (З.Н.Васк, 1978).

Тадқиқотчиларнинг текширишларига кўра организмни ҳар хил паталогик жараёнларида эндоген ва экзоген токсинлар қондан кўра лимфага кўпроқ сўрилади.

Микроблар бирламчи йирингли учоғи организм бўйлаб лимфа томирлар орқали тарқалади.

Антибиотиклар мускул орасига юборилганда асосан қон томирларга сўрилади. 3-4 соатдан кийин унинг миқдори кескин камаяди. Агарда антибиотиклар лимфа томирларга юборилса, унинг миқдори бир сутка ичида етарлича сақланиб қолади. (А.С.Ермолова, 1983).

Йиригли септик жараёнларни даволашда антибиотикларни янги усул билан юбориш яхши натижа бериши аниқланди. (Н.И.Федоров, 1986, Р.Самиров, 1985).

Эндолимфатик усул билан дориларни лимфа томирларга юборилса, бу яхши натижа беришига қарамай, у усул амалиётда кенг тарқалмаган. Чунки ушбу усулни бажариш техник жихатдан жуда мураккаб. Шунинг учун Ю.Л.Левин (1986) лимфотроп усулни ишлаб чиқади. У ўз тажрибаларида антибиотикларни оёқдаги, тери ости клеткасидаги лимфа капиллярларига сўрилишини асослаб берди. Бунинг учин муаллиф оёқни пастки қисмида вақтинчалик веностазни қисиб турувчи танометр тасмаси ёрдамида ҳосил қилиш усулини таклиф қилди.

Бунда босим 35-40 мм симоб устуни даражасида бўлганда тери ва тери ости клеткасидаги тўқималараро суюқлик лимфа капиллярлари томонига йўналади.

Лимфа ҳосил бўлиши кучаяди ва антибиотиклар тери ости депосидаги тўқималараро суюқлик билан лимфа капиллярлар томон интилади.

Лимфотроп эндотелийни кучайтирувчи усул, тери остига лимфани ҳосил булишини кўпайтирувчи моддалар, ферментлар, лидаза, трипсин юбориш яхши натижа беради.

Юборилган антибиотиклар лимфа капиллярларига ўтиб, лимфа томирлари лимфа тугунлараро тарқалиб кўпроқ томирларни ёриб умумий қон оқимиغا тушади.

Антибиотикларнинг бир қисми артериал қон томирлари орқали, яъни лимфа томирлар ва тугунларга қайтади.

Лимфотроп усул бажарилиши оддий бўлганлиги учун клиник амалиётда кенг тарқалди.

Лимфотроп усулнинг кенг тарқалишида қуйидаги олимлар катта хисса қўшган: А.А.Биронов, (1984), Е.С. Джумабоев, (1984-1985), И.Ю.Ибодов, (1985) ва бошқалар. С.У.Джумабоев (1992) ни маълумотларига кўра 1983 йилдан бошлаб Фарғона водийси вилоятларидан 2000 касал лимфотроп усул билан даволанди.

А.Х.Мавлонов (1985) лимфотроп усул билан 500 касални тарқалган перитонитни даволашда қуллаган. Антибиотикларни 500 дан ортиқ касалларда синаб кўрган. Наманган вилоятида А.Шокиров (1985) лимфатроп усулни 200 га яқин перитонитни даволашда қўлланилади.

Дастлаб муаллиф антибиотикларни болдир орқали юборган бўлса, иккинчи марта ингичка ичаклар чарвисига ўрнатилган микро ирригатор орқали юборган.

Агарда бу касалларда хирургик операция ўтказиш билан биргаликда, лимфотроп антибиотикатерапия ўказилса, ҳайвонларнинг кўпроқ соғайишига олиб келади.

Лимфа системасига дориларни юбориш унда жойлашиб олган патоген факторлар - микроорганизмлар, токсин, метаболитлар, ўсма хужайралари ва бошқаларга таъсир қилиши иммун системани тезлаштириш бошқа йўллар билан юборилган дори воситаларини заҳарли таъсирини камайтириш ва бошқа жараёнларнинг кечишига, яхшилашга ёрдам беради. Айниқса бу усул онкологик ва септик жараёнларни даволашда яхши натижа беришига ишонч ҳосил қилиш мумкин.

Бошқа усуллар билан юборилган антибиотиклар ҳамма вақт ҳам лимфа тизимига ўтмайди. Шунинг учун улардаги патологик жараёнга ўз таъсирини ўткази олмади (А.Выренков, 1985).

Лимфа тугунларда ушланиб қолган микроорганизмларда қон ёки мускул орқали юборилган дори воситалар ҳамма вақт ҳам ўз таъсирини ўткази олмади, балки фақат маҳаллий яллиғланишга таъсир қилади.

Бундай пайтда микроорганизмларга лимфадан бошқа усуллар орқали юборилган дори воситаларини таъсирини бир мунча пасайиши, унинг оқсиллари билан боғлиқлиги, бундай пайтда лимфа тугунидан дори воситаларни қондаги оқсиллар билан боғлаш ва ўз таъсирини анча йўқотган бўлади.

Эндолимфатик ва лимфотроп терапия эса лимфа тизимида “тоза ҳолатда” дори воситаларини етарли даражада ҳосил қилиши учун қаратилган, улар бевосита таъсир қилишига йўналтирилган.

Дори воситалари билан лимфа тизимини бойитиш учун бу тизимга осон ўтадиган дориларни ишлаб чиқиш ҳозирги замон талаби бўлиб ҳисобланади.

Адабиётларда лимфатроп хусусиятга эга бўлган дори воситаларини ишлаб чиқиш вазифаси турибди.

Бундай антибиотиклар – антилимфотроп ишлаб чиқилган, лекин амалиётда улар кенг тарқалмаган.

Адабиёт маълумотларига кўра лимфа тизимига юборилган антибиотикларни миқдори, ўртача антибактериал миқдоридан сал камайиши керак. Бундай миқдор пеницилин учун 100 Т.Б./мл. стероптомицин учун 2–4–7 Т.Б. /мл. (Г.А.Башкиров, Н.Н.Руминов, 1969).

Лекин микробларни антибиотикларга сезувчанлиги бир мунча пасайганлиги учун уларнинг миқдори бир мунча кўпайиши мумкин.

Антибиотикларни оддий йўл билан юборилганда лимфа тизимига ўтиши кўп ҳолларга боғлиқ бўлади. Г.А.Иванов (1958) итларда тажриба ўтказганда пеницилин, биомицин, тетрасекилин, тетраамицин, қон ва

лимфадаги миқдор фойдаси вена қон томирига юборилгандан кейин аниқланган. Унинг аниқлашича, 30 минутдан кейин антибиотикларнинг лимфадаги миқдори қонга нисбатан анча юқори бўлган.

Шуни таъкидлаш керакки, кўкрак лимфа тармоғидан олинган лимфа суяқлигининг таркибидаги антибиотиклар регионар лимфа суяқлигидан фарқ қилади. Уларнинг вена қон томирига ёки бошқа йўллар орқали юборилгандан каби бу муҳим кўрсаткич бўлиб ҳисобланади.

Б.А.Башкиров, Н.Н.Тешенов (1969) олинган натижаларига кўра 300 – 400 кг вазни бўлган соғлом сигирларга мускул орасига 2500 ТБ/кг пеницилин, 5000 ТБ/кг тетрацилин елин сўргичларидаги тери остига тетрацилин гидрохлорид юбориб, уларнинг лимфа суяқлиги орқали қондаги миқдори аниқланади.

Улар шуни таъкидлайдиларки мускул орасига юборилган антибиотикларни лимфа суяқлигидаги миқдори пеницилинники 5 соатдан, тетрацилиннинг 24 соатдан кейин ҳам, қондаги миқдоридан кўплиги аниқланди.

Тери остига юборилганда эса регионар лимфа суяқлигидаги антибиотикларнинг миқдори қондагидан 100 баробар кўп эканлиги аниқланди.

Р.Т. Панченков (1979) перитонит билан касалланган касалларни қон ва лимфадаги ампициллиннинг миқдори аниқланган, мускул орасига юборилган бу антибиотикнинг миқдори қон ва лимфада юқори эканлиги, лекин бу лимфада узоқ муддатга шу даражада сақланиши таъкидланди.

Дори воситаларни қандай тўқималарга ўтиши кўп факторларга боғлиқ. Бунда специфик қон тўқима баръери катта роль ўйнайди. Айрим тўқима ва органларнинг ўтказувчанлиги кўпроқ, айримлари камроқ. (Б.К.Пукриянов, 1989, Л.П.Пазаганов, 1982).

Қондаги дори воситаларининг лимфа тизимига ўтказувчи орган бу жигар ҳисобланади. Қамал қилинган жигарда олиб борилган текширишлар

шунинг учун кўрсатадики, вена қон томирига юборилган ампициллин, асосан қонда аниланади, лимфа суюқлигида унинг миқдори бир муча кўп.

Хулоса қилиб шунинг айтиши мумкинки, қонга юборилган антибиотиклар лимфага асосан жигар орқали ўтади.

Тўқималарга юборилган антибиотиклар қонга ва лимфага сўрилади, лекин бу дорининг молекуляр массасига, юборилган жойига, микроциркуляциясига таъсирини камайтирмайди.

Лимфа тизимига тушган антибиотиклар лимфани физиологик доираси бўйлаб ҳаракатланади, унда нисбатан юқори фазисни ҳосил қилади.

Юқумли ва яллиғланиш жараёнларида шунинг алоҳида таъкидлаш керакки, уланинг йўлидаги лимфа тугунлар дори юборилган жойдан қанча узоқ жойлашмаган бўлса, ўзига етарлича миқдорда йўлида қабул қилиб олади.

Антибиотиклар ёки бошқа дориларни организмга қайси йўл билан юборишдан қатъий назар патологик жараён ўтказувчанлик қобилиятига қараб лимфа тизимига тушишини қайтарилиши ҳам мумкин.

Лимфа тизимига препаратларнинг тушиши уларнинг паст ёки юқори молекуляр массасига боғлиқ бўлиб, биринчилари лимфа томирлари девори орқали уни тарқ этади. Иккинчилари эса бундай қобилиятга эга эмас, улар лимфа тизимидан кўприк лимфа тармоғи орқали чиқиб кетади. Бундай даволашни олиб боришда намлик аҳамиятга эга.

Юқори молекуляр моддаларни лимфа тизимига юбориш итларда тажриба қилиб кўрилади. Бунинг учун итнинг орқа сонига 198 Алколоид эритмаси юборилади ва уни қай даражада лимфа тугунларида сақланганлиги аниқланади.

Таркибидаги 3 та бир хил итларнинг тизза лимфа тугунларига 98,3, 7,7 ва 1.9 % юборилган препарат аниқланади. Бундан препаратни лимфа тизимига сўрилиши билан боғлиқ ҳолда катта фарқ аниқланди. Агарда юбориладиган препаратларни хажми кўпайса, унда лимфа тугунларидаги жойлашган қатъий назар миқдори ошади.

Хулоса қилиб шуни айтиш керакки, лимфа тизимига юбориладиган юқори молекуляр препаратларнинг миқдорини унда сақланиб қолиш жараёнида бўлиши керак. Кўп миқдорда юбориш маҳаллий захарланишга олиб келиб организмда салбий ўзгаришларни келтириб чиқаради. Бундан кўриниб турибдики, лимфа тизимининг тўсиқлик функцияси кенг эмас.

Лекин юқори молекуляр моддаларни лимфа тизимига қайта ҳар хил муддатларда юбориш муҳим аҳамиятга эга. Чунки янги юборилган препарат олдингисини алмаштириб унинг миқдорини етарли даражада ушлаб қолади.

Паст молекуляр моддаларни лимфа тизимига юбориш ит ва кўёнларда тажриба қилиб аниқланган.

Тажрибалар шуни кўрсатадики, организмга юборилган Na^{131}I , 3 соатдан кейин уларнинг лимфадаги миқдори қонга нисбатан анча юқори. (Б.А. Иванова, 1958; Б.А. Башкиров, Н.Н. Филиппов, 1969).

Шуни хулоса қилиб айтиш мумкинки, паст молекуляр моддаларни юбориш уларга миқдорини лимфа тизимида юқори даражада ушлаб туриш мумкинлиги клиник аҳамиятга эга. Бундан ташқари паст молекуляр моддалар организмни умумий захарланиш даражасини пасайтиради. Бу моддалар қонга, нафақат лимфа тармоғи лимфа тармоғи орқали, балки тўғридан–тўғри лимфа томирлари девори орқали ҳам ўтади ва улар лимфа тизимида ҳам сақланиб қолади.

А.К. Панько (1976) клиник амалиётда эндолимфатик ва лимфотроп терапияни ёмон сифатли ўсмаларни кимёвий даволашда қўллади. Айниқса бачадон, ошқозон, тўғри ичак, тухумдон саратон хасталигида, лимфа грануломасида, остеоген саркомада 2–3 препаратни аралаштириб юқори миқдорда бир мартаба юбориш яхши натижа беришини аниқлади.

Г.Т. Панченков (1979-1984) маълумотларига кўра, оғир йирингли яллиғланиш жараёнларини лимфа тизимига юбориш антибиотикларни усулини ишлаб чиқди. Айниқса чегараланмаган перитонит, қорин

бўшлиғидаги органларни яллиғланишида лимфа тизимига бир суткада бир марта гентамицин юбориб яхши натижа олган.

Улар шуни таъкидлайдиларки, 2-3 марта юборишдан кейин хароратнинг тушиши умумий яллиғланиш жараёнларидани регрессга учраши умумий ҳолатнинг яхшиланиши 62 та касалдан 84,8% соғайиши кузатилди.

Гентамицинни юборишдан яхши натижа бермаган касалларда бу усул нисбий натижа бериши мумкин.

Ю.Е.Васретов (1982) сурункали йирингли пневмонияларни даволашда лимфа тизимига сефуранхин ва клоферонни юбориш яхши натижа олинганлигини айтди.

Лимфа тизимига юборилган катта миқдордаги гентомициннинг фоизи нафақат лимфа томирлардаги чиқаётган лимфада, балки қорин бўшлиғидаги тугунларда ҳам юқори даражадаги ҳосил бўлган. Лимфа тугунидаги антибиотиклар миқдори 12 суткадан кейин ҳам 2–3 баробар юқори эканлиги аниқланди. Биринчи соатдан сўнг 56 мкг/гр, 24 соатдан кейин 36,8 мкг/гр, 13 суткадан кейин 5,6 мкг/гр миқдори аниқланди.

Охирги йилларда Ю.М. Левин (1987) организмни пасайган тизимига иммуномодуляр даволовчи воситаларни юбориш яхши натижа бериши тўғрисида фикрлар билдирди.

Иммунитетни оширувчи препаратлардан 1–сектовин амалий қизиқиш уйғотди.

Бу препаратларни қорин бўшлиғида жойлашган органларнинг яллиғланиш жараёни билан боғлиқ иммунитетни пасайишидан лимфа тизимига юбориш яхши натижа бериши аниқланди.

Биринчи, иккинчи инъекция ҳар куни қилинади, учинчиси бир суткадан кейин 1-сектовин препарати билан биргаликда бирор-бир антибиотик юбориш мақсадга мувофиқ деб ҳисобланади.

Даволаш натижасида касалларнинг соғломлашиши кузатилади, бундан ташқари лимфа қондаги 1-лимфоцитларнинг миқдори ошиши кузатилади.

Лимфа тизимига имуногенезни қитиқловчи моддаларни юбориш иммунитетни тезлик билан ошириш керак бўлган вақтда амалга оширилади.

Бундан ташқари охириги йилларда текширишларга кўра лимфа тизимига юборилган дориларнинг миқдори бошқа, масалан мускул орасига, икки баробар тезроқ, айниқса иммуностимулятор дорилар лимфапроп усул билан юборилса натижа яхши беради.

Лимфа паст молекуляр дориларни сўрилишини таъминлашда катта аҳамиятга эга. Буни амалга ошириш учун лимфа ҳосил қилиш механизм-ларига тасир этилиши керак ва шунинг асосида паст молекуляр моддаларни лимфа тизимига ўтишига мажбур бўлади.

Клиник амалиётда паст молекуляр дори воситаларини лимфа тугунига ўтказиш учун игнасииз инъекторлардан фойдаланилади. Ит ва қуёнларда ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатадики, бу усул билан лимфадаги дориларни миқдорининг 1,5–2 баробарга ошириш мумкин. Айрим олимлар Ю.Л.Левин (1987), С.У.Джумабоев (1992) таклифи бўйича паст молекуляр дорилар лимфа тизимига сўрилишини таъминлаш учун юқори молекуляр дорилар билан аралаштириб юборилиши яхши натижа беради. Чунки улар лимфа тизимига сўрилади. Лекин бу усулда ҳали лимфа тизимига тезроқ сўрилади. Бироқ дорилар воситалари етарлича даражада ҳосил бўлиши таъминламайди.

Қуёнларда ўтказилган тажрибалар шуни кўрсатадики, агарда босим 30–40 мм симоб устуни миқдорида бўлмаса лимфа тизимидаги дори воситаларни ўтиши энг юқори бўлади.

Шунга ўхшаш капиллярлар ивишига қарши ва фибриотик препаратлар қўллаган тажрибадаги ҳайвонлар болдир қисмининг тери остига ёки мускул орасига 10–15 Т/Б тетрациклинни юбориб, 4–5 минутдан кейин игнани паст молекуляр дори воситаларни юбориб, уни лимфадаги миқдорини ошганлиги аниқланди.

Айрим текширувчилар террилитинни лидоза ферменти билан аралаштиришни таклиф этдилар.

Агарда тери остига 20 Т.Б. лидаза юборилиб, 4-5 минутдан кейин паст малекуляр дори воситаси масалан, гентамицин юборилса уни лимфа тизимидаги миқдори бошқа усуллар билан юборишдан кўра 2-3 баробар кўп эканлиги аниқланди.

Куёнларда қилинадиган тажрибаларда юқорида келтирилган террилитин препаратини трипсин препаратига алмаштириб, лимфа тизимига препаратни сўйилишини кучайтиришга олиб келди. Айниқса 4-5 минутдан кейин унинг шу даражада сақлаш учун уни ҳар 4-5 минутдан кейин уни шу даражада ушлаб туриш (ели) уни шу ҳар 4 соатдан кейин қайта юбориш керак.

Ю.М.Левин (1987) куёнларда олиб борилган тажрибалардан дори воситаларини лимфа тизимига ўтишини кучайтириш учун бир вақтда босим ҳосил қилувчи “манжетка” ва дорилар ёрдамидаги усулни қўллаш тавсия қилиниди.

Бу усулни қўллаш бошқаларга нисбаттан лимфа лимфа тизимига дори воситаларини миқдорини ошишига олиб келди. Лимфа тизимини дори моддалари билан бойитиш бир нечта асосий вазифаларни ўз ичига олади. Бу вазифалар асосида дори моддаларнинг миқдори, периферик лимфа тизимида чегараланган лимфа тизими секторида марказий коллектор ошириш ётади.

Барча ҳолларда патологик жараёнга нисбаттан периферик жойлашган лимфа томирлар ва тугунларда дорининг оптимал миқдорини ҳосил қилиш катта аҳамиятга эга. Лекин бунга патологик жараён тўсқинлик қилади. Бу жараёнда регионал лимфа тизимига фаоллашиб қолади. Шунинг учун юборилган дорилар яқиндаги лимфа тугунидан кўра узоқда жойлашган лимфа тугунларида кўпроқ миқдорда ушланади.

Бундай қийинчиликни енгил ўтказиш учун регионал лимфотроп терапиясини қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Дори воситалари лимфаген хусусиятини кўпайтирувчи модда билан танани маълум қисмларига юборилади.

Бундай қисмларда лимфа капиллярлари лимфа томирлар мавжуд бўлиб, улар лимфа суюқлигини малум лимфа тугунларига олиб боради.

Шунинг учун дори моддаларни патологик жараёндан чиқиб уни атрофдаги соғлом тўқималарга юбориш тавсия қилинади. Бундай усул дориларни патологик ўчоқга юборгандан кўра яхши натижа беради. Бу усулни ишлаб чиқишга М.Весру ва бошқалар (1975-1985) катта ҳисса қўшган.

Текширишлар натижасида тананинг ҳар хил қисмларига юборилган дориларнинг миқдорини сақлаб қолувчи лимфа тугунлар аниқланди.

Дори воситалар юборилгандан кейин шу қисмлар ва уларга қаровчи лимфа тугунлар қуйидагилар ҳисобланади: Бўйинтуруқ ўсимтаси, бўйин, жағ ости, энса лимфа тугунлар, кўкрак ва кўкрак олди лимфа тугунлар, биллак қисми тирсак, қўлтиқ ости лимфа тугунлар, перионал ва парентерал қов, чот, тос лимфа тугунлар, болдир қисми, тизза ости, бел лимфа тугунларидир.

III. Хусусий текширишлар

3.1. Текшириш материаллари ва услублари

Лимфатроп терапия усулини ўтказишдан олдин лимфа тизими анотомо–топографик тузилишини ўрганиш керак. Бунинг учун ҳар хил типдаги ҳайвонларни олдинги ва орқа оёқларидаги лимфа тизими текшириш ўтказиш керак бўлади.

Текширишлар Ҳайвонлар анатомияси, физиологияси, жарроҳлик ва фармакалогия кафедраси шароитида олиб борилди.

Лимфа томирларидаги ўзгаришларни топиш усули контраст моддаларини тўқима ичига юбориш усулидан фойдаланамиз.

Бундан ташқари “терага”, “стеъфанест” массасидан ҳам фойдаланамиз, контраст моддаларни юборишдан олдин, оёқдаги жунлар механик усул билан олиб ташланади.

Туси терига шахмат шаклида юборилади. Ҳар бир нуқтага 0,1–0,2 млдан ва улар бир–биридан 1,5–2 см узоқликда санчилиши керак.

Бундай таркибдаги контраст моддаларни инъекцияси лимфа томирларни бир мунча топилишини таъминлайди.

Лимфа томирлар контраст моддалар билан қўйилгандан кейин припаровка қилинади ва топографияси ўрганилади.

Бунда қуйидаги усуллардан фойдаланамиз:

- Анотомо–топографик баённома;
- Визнография;
- Режага олиш;
- Препаровка.

Препаровка учун қайчи, скальпеллардан, пинцетлардан фойдаландик.

Топилган лимфа томирлар ва лимфа тугунларга атрофдаги тўқималардан ажратиб борилади. Агар томир тугунгача етиб бормаса, унда лимфа томирларига контраст модда тўғридан–тўғри юборилади, лимфа томир бошқа тўқималардан ажралиб туради.

Лимфа тизимни анотомо–топографик тузилиши аниқлангандан кейин, эндолимфатик ва лимфотроп усуллар ишлаб чиқиш бўйича изланишлар олиб бордик.

Эндолимфатик ва лимфотроп усулларда лимфа тугуни орқали касалланган организмга таъсир этирилиш мумкин бўлади.

Эндолимфатик терапияда дори воситалари организмга тўғридан – тўғри юборилади.

Бунинг учун магистрал лимфа томирлар ёки коллекторлар топографо–анотомик жойлашиш бўйича топилади.

Агар қийинчилик туғилса унда метилин кўки эритмаси юборилади.

Топилган томирга лигатура қўйилиб лимфастоз чақирилади, томирнинг диаметри бир неча бор катталашади.

Шундан сўнг лимфа томирларига инъекция кесилган **полипиорвинит** камалга қуйилади. 1,5–2 см силжитиб атрофдаги тўқималарга чок ёрдамида беркитилади. Шу конюла орқали организмга антибиотиклар юборилади.

Бу усул жуда яхши натижа беради., лекин уни бажариш техник жиҳатдан анча қийинчилик туғдиради.

Шунинг учун олимлар томонидан лимфотроп усули ишлаб чиқилди ва амалиётга тақдим этилди. Бу усулда дори воситаларни тери остига ёки мускул орасига юборилиб, уларни лимфа тизимига сўрилишини кўчайтириш лозим.

Бунинг учун лимфотроп хусусиятларига эга бўлган моддалар ишлатилади. Бундай моддалар сифатида лидаза ферменти ишлатилади.

Лидаза таъсирида лимфа капиллярлари деворга сўриб олувчи хусусиятга олиб келади. Шунинг учун тўқимага юборилган антибиотиклар лимфа тугунига сўрилиб бутун организм бўйича тарқалади.

Айниқса патологик жараёнга бевосита таъсир қилиб унинг кечиши ва битиш муддати қисқаради.

Лимфотроп усул билан даволашни биз ҳайвонларда жароҳатлар битишига таъсирини ўргандик.

Жадвал 1.

Т/Р	Ҳайвонлар гуруҳи	Жароҳат тури	Ҳайвон сони	Даволаш схэмаси
1	Тажриба	Операцион Тасодифий	3 7	Лимфотроп усул билан (х) суткада цефазолин
2	Назорат	Операцион Тасодифий	3 7	Мускул орасига (х) суткада цефазолин

Тажрибалар ўтказиш жараёнида қуйидаги усуллардан фойдаландик.

1. Анамнез маълумотларини йиғиш. **Анамнез** (anamnesis) - Ҳайвон эгаси ёки ҳайвонга қаровчи шахс билан ўтказилган савол-жавобдан касал ҳайвон тўғрисида йиғилган маълумотлар мажмуасига анамнез деб юритилади. Анамнез икки қисмдан иборат бўлади:

1. Касал ҳайвоннинг ҳаёти тўғрисидаги анамнез.
2. Касалликнинг келиб чиқиш тарихига оид анамнез.

Касал ҳайвоннинг ҳаёти тўғрисидаги анамнезни ўрганиш, ҳайвоннинг қандай шароитда касал бўлиб қолганлигини аниқлашга имкон яратади. Анамнезнинг бу қисмида қуйидаги саволларга жавоб топиш керак:

- а) мазкур хўжалиқда ҳайвоннинг қачондан бери яшаб келаётганлиги (агар сотиб олинган бўлса қачон сотиб олинганлигини);
- б) ҳайвон сақланадиган жойнинг ҳолати ва унинг қаерда боқилиши;
- в) ҳайвоннинг боқилиш шароитлари, яъни ем-хашак миқдори ва сифати;
- г) ҳайвон маҳсулдорлиги ва ундан фойдаланиш ва ҳоказолар.

Касалликнинг келиб чиқиш тарихига оид анамнезни ўрганиш, ушбу касалликнинг келиб чиқишига таалуқли маълумотларни аниқлашга имкон яратади. Бу қуйидаги саволларни ўз ичига олади:

- а) касалликнинг қачон аниқланганлиги ва у қандай пайдо бўлгани, яъни бирданигами ёки аста-секинлик билан вужудга келганлиги. Бунда касалликнинг кечиши (ўткир ёки сурункали) ва шу билан бирга қайси органлар шикастланганлиги аниқланади.

б) касаллик қаерда ва қандай шароитда вужудга келганлиги.

Касал ҳайвонда клиник белгилардан чўлоқланиш, кўриш қобилиятининг қисман пасайиши, буйиннинг қийшайиши ва бошқалар бўлиб, тўқималарда ташқи шикастланиш белгилари бўлмаганда касалликнинг қаерда ва қандай шароитда вужудга келганлигини билиш жуда муҳим ҳисобланади. Ҳар қандай аниқ шароитда ҳам хирургик текшириш усулларини қўллаш талаб қилинади. Айрим ҳолларда касал ҳайвоннинг юқумли ва юқумсиз касалликлар билан касалланмаганлигини ёки заҳарли моддалар билан заҳарланмаганлигини билиш муҳим аҳамият касб этади. Чунки юқоридаги касалликлар оқибатида турли хирургик касалликлар: туёқнинг ревматик яллиғланиши, тендинит, тендовагинит, бурсит, артрит ва бошқалар келиб чиқиши мумкин.

в) касал ҳайвон шифохонага (клиникага) келтирилганига қадар қандай даволанганлиги, даволаш учун нима қўлланилганлиги ва ким даволаганлигини билиш келгусида даволаш усулларини ишлаб чиқиш учун муҳим аҳамиятга эга.

Албатта анамнез учун тўпланган маълумотлар ҳамма вақт тўғри бўлавермайди, бу кўпинча ҳайвонни олиб келган одамнинг касаллик тўғрисида яхши тушунчага эга бўлмаслиги, баъзан эса касалликни қасддан яшириши бунга сабаб бўлади.

Шундай қилиб, анамнез ҳайвонни текширишдан олдинги ҳолатини характерловчи маълумотларни ўз ичига олади.

Анамнез тўғрисида объектив фикр юритиш учун анамнезни клиник текширишда олинган маълумотлар билан солиштириб кўра билиш жуда муҳим. Ҳайвонни боқувчи ходим билан ўтказилган суҳбатда, олинган ҳамма маълумотларнинг аниқлигини текшириб кўриш керак. Бунинг учун анамнез маълумотларига танқидий нуқтаи назардан қараб, касалликни аниқлашда клиник текшириш натижаларига кўпроқ таяниш мақсадга мувофиқдир. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, анамнезга доир маълумотлар тўла-тўқис олинган бўлиши керак. Бекаму-куст тўпланган анамнез, касал ҳайвонга

диагноз қўйишда анчагина ёрдам беради даволаш ва олдини олиш чоратадбирларини муваффақият билан ташкил этишни осонлаштиради.

2. Кузатиш (inspectio). Анамнез маълумотлари йиғилганидан сўнг хайвонни умумий клиник текшириш, қайсики кўздан кечириш бошланади. Кўрик кундузи табиий ёки сунъий ёруғликдан фойдаланиб ўтказилади. Бу иш муайян тартибда ўтказилади, аввал хайвоннинг боши, бўйни, сўнгра кўкрак кафаси, тана қисми, қорни, елини, ёрғоқ, препуция, чаноғи, оёқлари қараб чиқилади. Тананинг жуфт қисмлари таққослаб кўздан кечирилади, бу патологик учоқда ташқи клиник белгилар камроқ кузатилганда аскотади. Хайвон ҳаракатланганда ва тинч турган ҳолатида кўздан кечирилади. Унинг ҳолатига (ҳолсизланиш, кўзғалиш), тана вазияти, тери ва шиллик пардалар кўринишига ва бошқа айрим бир орган касалликларидан хабар берувчи (оқсаш, кўриш қобилиятининг йўқолиши) ёки маҳаллий ўзгаришларга (дерматит, экзема, ўсма, кўз шох пардасининг хиралашиши, қалинлашиши) эътибор бериш керак.

Кўрик асосида зарарланган орган ёки шикастланган туқиманинг ўлчами, шакли, ранги ва юзасининг ҳолати (куруқ, ҳўл, текис, ғадир-будир, қон билан қопланганлиги, йиринг, қора-кутир) оқсаш (унинг турлари) ва бошқалар аниқланади.

Касал хайвонлар диққат билан кузатилса, касалликнинг кечиши ва клиник манзарасини билиб олиш ҳамда диагноз қўйиш ва самарали даволаш воситаларини белгилаш мумкин бўлади.

3. Пальпация (palpatio) - қўл билан пайпаслаб кўриш. Бу усул ёрдамида маҳаллий ҳарорат, оғриқ реакцияси, патологик ўчоқнинг жойлашган жойи, унинг ҳаракатчанлиги ва таранглиги, тери ва тери ости клетчаткасининг ҳолати, артерия пульсини, суюқликнинг шўлқиллаши, ғижирлаш ва бошқа клиник белгилар аниқланади. Бунда патологик ўчоқдаги ҳақиқий оғриқни, суяк ва пайлардаги физиологик рефлекслардан ажрата билишни ўрганиш лозим, акс ҳолда уни оғриқ реакцияси деб адашиш мумкин. Мабодо адашилса жуфт органлар таққосланиб текширилади.

Туқималардаги шишларни зичлиги, флюктуацияси, консистенцияси аниқланади.

4. Меллофонограмма - бу услул ёрдамида жароҳатни битиш жараёни аниқланади. Жароҳат қирралари устига кўйилган целофанга кўчириб чизилади ва ҳар 3-5 кунда қайта чизилади.

5. Жароҳат тамғаси - бу усулни ўтказиш учун стерил буюм ойначаси жароҳат деворидан босилиб тамға олинади. Куритилгандан кейин сирти фиксация қилинади ва Романовский–Гимза усули билан бўялади.

Тамға ювилиб куритилгандан кейин иммерсион ойнада микроскопда кўрилади.

Агар тамғада регенерация хужайралари кўпроқ учраса битиш жараёни яхши ривожланаётганлиги аниқланади.

3.2. Лимфотроп терапияни анотомо – топографик асослаш.

Орқа оёқ лимфа тизимида лимфа капиллярларни юмшоқ товон, бармоқлар, туёқнинг асосидан бошланади.

Пайдо бўлиши билан бир–бири билан бирлашиб 5–6 лимфа томирларни ҳосил қилади. Бу томирлар проксимал йўналиш билан бармоқлар соҳасида 2–3 магистрал лимфа томирлари ҳосил қилади, уларга 1–2 бармоқдан чиқадиган майда лимфа томирлар кўшилади.

Магистрал томирлар кафт соҳасида йўналган вақтда шу ерда жойлашган лимфа томирларни ўзига кўшиб олади, айниқса кафтдаги пастки ва ўрта қисмидаги, кафтнинг юқори қисмидаги 3–4 олиб чиқувчи лимфа томирлар бир–бири билан бирлашиб 1–2 магистрал лимфа томирларини ҳосил қилади ва улар проксимал йўналади.

Йўналиш бўйлаб улар бармоқлардан келаётган магистрал лимфа томирлар билан бирлашиб лимфа коллекторлар ҳосил қилади. Айрим вақтларда томирлар алоҳида излари ҳам йўналиши мумкин.

Сакраш бўғими латерал ва **лиуми** юзасидан йўл олиб чиқувчи лимфа томирлар ҳосил бўлади, бир –бири билан бирлашиб натижада 2–3

магистрал томирлар ҳосил бўлади. Улар болдирни дорса–плантар тарафига йўналади.

Йўналиш бўйлаб магистрал томирлар кафтдан келаётган лимфа коллекторларига қўйилади ёки бир–бири билан бирлашиб 2–3 лимфа коллекторлар ҳосил қилиб латероплантар йўналади.

Болдирнинг юқори қисмида лимфа коллекторлар юза ва чуқур фасцияни ташиб ўтиб, болдирнинг уч бошли мускули тосдаги соннинг орқа фасцияси бўйлаб бўшлиққа кириб олади. Унинг пастки қисмида тизза ости лимфа тугуни қўйилади.

Лимфа тугундан афферент томирлар чиқиб думғза лимфа тугунига йўналади, ундан чиққан лимфа томири кўкрак лимфа томирини ҳосил қилишида қатнашади.

Болдирнинг латерал юзасининг ўрта ва юқори қисмидан лимфа капиллярлар чиқиб бир–бири билан бирлашиши натижасида 7–9 та олиб чиқувчи лимфа томирларга бўлинади. Улар ўз навбатида 3–5 магистрал лимфа томирлар ҳосил қилади ва латеро–дорсал тарафга йўналиб тизза бурмаси лимфа тугунига бориб қўйилади.

Сон қисмидан 17–25 та олиб чиқувчи лимфа томирлар ҳосил бўлади, улар бирлашиб 9–11 та магистрал лимфа томирлар ҳосил қилади. Улар тизза ости, тизза ўртаси ва думғза лимфа тугунларида қўйилади.

Бундан кўришиб турибдики, лимфа томирлар бир–бири билан узвий бўлиқ ва яллиғланиш жараёнлари ривожланган вақтда жуда кенг тарқалади.

Шу билан биргаликда лимфа томирларига дори воситалари юборилса, улар жуда кенг тарқалиб ўз таъсирини кўрсатади.

3.3. Ҳайвонларда жароҳатларнинг битиши хусусиятлари.

Жароҳатларнинг битиши бу – шикастланишга жавобан организмнинг мураккаб маҳаллий ва умумий реакцияларидир. Жароҳатларнинг битиш жараёни иккита асосий компонент реактив яллиғланишни ва тикланиши (регенерация) жараёнларидан иборат.

Жароҳатлар хусусиятларига кўра инфекция тушган ва тушмаганлигига кўра жароҳатларнинг битиш жараёни ҳар хил бўлади.

Айрим ҳолларда реактив яллиғланиш жараёнлари суст битади, жароҳатларни бир–бирига тегиб турган чегаралари қирралари бир неча кунда ёпишади, айти вақтда чизиқли чандиқ ҳосил бўлади.

Бундай ҳаракатлар асептик жароҳатлар деб аталади ва бундаги тортилиш жараёни қуйидагича кечади:

Жароҳат чоклангандан кейин ҳосил бўлган ёриқ ва қон ивиқлари, экссудат, фибрин қолиб фибриноз тўрини ҳосил қилади ва жароҳат бирламчи фибринозли бирлашиш ҳосил қилади. Бир сутка давомида шу жойда суст кечадиган яра фибриноз яллиғланиш ривожланиши ва кўп миқдорда гистоцитар хужайралар пайдо бўлади, енгил кислотали муҳит ҳосил бўлади. Жароҳатда ўлган тўқималар кам миқдорда учрайди, микроблар эса фагоцитоз хужайраларга ем бўлади. Шу билан бир вақтда капиллярлар экссудатларни шимиб кетишга қарши хужайралар эндотелийси шишиб, бир–бири билан бирлашади. Қонда бироз вақтдан кейин капиллярлар канали реакцияга учраб қон айланиши ҳосил бўлади.

Тўртинчи–бешинчи кунга бориб томирлар бирлашиши ҳосил бўлади. Шу ердаги фибробластлар, макрофаг ва бошқа хужайралар тўпланиб бириктирувчи тўқима ҳосил қилади, уни ҳосил қилишга фибрин ва каллоген толалар ҳали қатнашмайди. Шу жараёни ҳисобига тўқима бир–бири билан бирлашиш ҳосил бўлади.

Тери четидаги мальпигий қатлами эпидермадан бошлаб хужайраларни шишиб кўпайиб жароҳатда шиш ҳосил бўлган тўқима устига ўса бошлайди. Шу билан бирга тўқималардаги яллиғланиш реакцияси сусаяди, муҳит нейтраллашади ва шиш сўрила бошлайди. Бу эса бириктирувчи тўқималарни каллоген ва эластик толаларни дегидротация ҳолатига учратиб, уларни жипслашишига олиб келади.

Чандиқ ҳосил бўлиш жараёни таъсирида чандиқ аввалига бир оз нозик бўлади. Чандиқ энига кесилади, мустаҳкамлашиши максимал даражага етади.

Туқималарини қайта тикланиш жараёни узоқ вақт давом этади. Тахминан бир йилча вақт ўтиб чандиқ сезилмас бўлиб функцияга таъсир этмайди. Жароҳатда камгина бўшлиқ бўлиб, унинг ичида кўплаб улкан тўқималар ва йирингли инфекция ривожланган бўлса, регенерация жараёни суст бўлади, жароҳат иккиламчи бўлади. Тикланмаган, четлари ва деворлари бир–биридан узоқлашиб кетган жароҳатлар қуюқ қон билан тўлган ёки ичида бегона жисм ёки нитроплазмали тўқималар бўлган жароҳатлар ҳам иккиламчи равишда битади.

Ҳайвонларда регенерация жараёнини қийинлаштирувчи умумий касалликларнинг бўлиши кўпинча тасодифий жароҳатларгина эмас, балки операцион жароҳатларнинг иккиламчи битишига сабаб бўлади. Йирингли жароҳатлар қуйидаги тартибда битади: аввало яллиғланиш ўчоғи барча ўлган тўқималар, хужайралар, қон лахталари билан тўлади.

Лейкоцитлар ва фагацитлар жароҳатдаги оқсил жисмлари, фибрин, ўлган тўқималар шимилиб, юмшаб йиринг ҳосил қилади. Бу давр гидротация фазаси деб аталади. Протеолитик ферментлар оқсилларни тозаланишига ёрдам беради.

Жароҳат кераксиз ва ўлган тўқималардан тозалангандан кейин жароҳат экссудати камаяди, яллиғланиш жараёнлари босилиб қолади ва энди жароҳатнинг регенерация жараёни биринчи ўринга ўтади. Шундан сўнг йиринг тўпланишининг айрим ўчоқларида қизил тугун шаклли хужайраларнинг ўсиши кўринади. Бу хужайралар аста-секин жароҳатдан ўсиб ва катталлашиб жароҳатларнинг деворини қоплайди. Бу қизил тугунчалар ва бириктирувчи тўқима хужайралари (фибробластлар) дан иборат бўлиб, грануляцион тўқима деб атлади. Грануляцион тўқима йиринг бўшлиғи деворларини теригача қоплайди. Иккиламчи битиш вақтида жароҳат бўшлиғи катта бўлгани сабабли капиллярлар ўсиб жароҳатнинг

карама–қарши деворига етмай букилиб сиртмоқ ҳосил қилади. Ана шу капилляр сиртмоқчалари атрофида ёш бириктирувчи тўқима хужайралари кўпайиб грануляцион тўқиманинг алоҳида доналарини ташкил этади. Грануляцион тўқимада ҳосил бўлган капиллярлар сиртмоқлари атрофида ўсиб, қалинлашиб жароҳат бўшлиғининг тўлишига олиб келади. Грануляцион тўқималар ўсган сари уларнинг чуқур қаватларидан фибробластларда ўзгаришлар рўй беради. Чуқурроқ қаватларда дорсимон хужайралар кўпайиб толалари бириктирувчи тўқимани ҳосил бўлади.

Энг чуқур қаватларида томони бирлашган тўқима толалари вужудга келади. Бу эса жароҳатни аста-секин тортилиб, қисқаришга олиб келади. Грануляциялашган жароҳатларнинг эпителий билан қопланишининг биринчи куниданоқ бошланади. Эпителий кўпайиб грануляцион тўқималар ўсиши яна бошланади. Грануляцион тўқима қонга, қон томирларга бой бўлса эпителизация шунча мустаҳкам бўлади.

Башарти грануляция некрозлашган хужайралар билан қопланган бўлса ёки қуюқ фиброз ҳосил бўлиб қолган бўлса, ўсаётган эпителий нобуд бўлади. Эпителизация кечикади, жароҳат девори ва терининг бурман нерв шахобчаларидан нерв толалар ўса бошлайди. Бу толалар эпителий томонга ўсиб, шу ерда рецепторлар ҳосил бўлади. Нерв толалари билан биргаликда каллоген толалари бўйлаб ўсади, нормал толаларга нисбатан йўғон ва эгри-бугри бўлади. Бу толалар секин бир неча ой ичида ўсади. Хогилин катта ва қалин бўлса, нерв толалари кўпинча унинг марказига этиб боради деб бўлмайди.

Ривожланиб бўлган грануляцион тўқималарда атегил қават борлиги аниқланган:

1. Юзаки лейкоцит – некроз қавати. Бу қават лейкоцитлар, детрит, грануляцияси кучаётган хужайралардан иборат.
2. Қон томир сиртмоқлари қавати. Бу қават қон томирлардан ташқари нерв толалардаги жойлашган полибластлардан иборат. Жароҳат

тузалиши узоққа чўзилиб кетса, бу қаватда жароҳат юзасига нисбатан параллел жойлашувчи каллоген ҳосил бўлиши мумкин.

3. Вертикал қон томирлар қавати. Бу қават вертикал жойлашган қон томирлари деворидаги қон томирлари деворидаги элементлар ва аморф оралиқ моддалардан иборат. Бу қават хужайраларидан фибробластлар ҳосил бўлади.

4. Етилаётган қават. Бундан олдинги қаватининг чуқурроқ қисми. Бу жойда қон томирлар атрофидаги фибринобластлар горизантал ҳолатга ўтиб, қон томирлардан четлаша бошлайди.

Хужайралар полиморфияси билан характерланувчи бу қаватнинг қалинланиши жароҳатлар битгунга қадар бир хилда қолаверади.

5. Горизантал фибробластлар қавати, олдинги қаватнинг бевосита давомидир. Бу қават кўпроқ мономорф элементлардан иборат, каллоген толаларга бой ва аста–секин қалинлашади.

6. Фиброз қавати. Етишмайдиган грануляциялардан иборат. Грануляцияцион тўқима организмнинг ички жараёнининг ташқи дунёдан ажралиб турувчи ғордир. Жароҳатдан оқаётган суюқлик етарли даражадаги бактериоцид хоссага эга. Грануляцияцион тўқима жуда нозик хужайра ва томирлардан иборат бўлиб, арзимаган физик–механик шикаст уни зарарлайди.

Жароҳат бўшлиғи грануляцияцион тўқималар билан тўла экани айни вақтда эпителизация жараёни рўй берадиган жароҳатни қопловчи эпителий билан беркитилади. Эпителий жароҳат чеккаларидаги теридан ҳам ёғ ва тер безлари чиқарув йўллари эпителийсининг қолдиқлари эпителий оралиқларидан ёки тасодифан сақланиб қолган айрим эпителий хужайралари ҳам ўсади.

Жароҳатнинг битиш жараёни асосан эпителизациядан кейин кучаяди. Кейинчалик ёғ қолдиқ тўқимаси ёнида толани тутувчи тўқималар вужудга келади.

Чандикдаги эпителий хужайралари элементлари ва капиллярлари камаяди. Айна пайтда чандик харакатланишининг чегараланишига сабаб бўлади.

Жароҳатни иккиламчи тортилиб битиш муддати бир қанча шароитларга боғлиқ бўлиб, бир неча ойларгача давом этиши мумкин бўлади.

3.4. Лимфатроп терапиянинг жароҳатларни битишига таъсири

Лимфатроп усул юборилган дори–дармонлар, яъни антибиотиклар, хусусан кенг тарқалган амалиётда қўлланиши бўйича пенициллин эритмаси юборилгандан кейин тажрибадаги хайвонларда қўйидаги натижалар олинди:

Операциядан кейинги жароҳатларда яллиғланиш жараёни суст кечди, бунда оғриқ, маҳаллий ҳарорат бўлиши кузатилмади.

2-3 – кунига бориб битиш жараёни кучайган, чандик ҳосил бўлиши бошланган. Жароҳатдаги ва атрофдаги тўқималардаги яллиғланиш жараёни сезилмади.

4 – кунига келиб чандик ҳосил бўлиши кузатилди.

Назорат гуруҳидаги хайвонларда операциядан кейинги жароҳатларда яллиғланиш жараёни кузатилмади. Атрофдаги тўқималарда шиш ҳосил бўлмади, оғриқ ва маҳаллий ҳарорат сезилмади.

7–8 – кунига бориб эса чандик ҳосил бўлди.

Жароҳатланган хайвонлар икки гуруҳга бўлинди: тажриба ва назорат гуруҳи, биринчи жадвалда кўрсатилганидек тажриба гуруҳидаги итларга лимфатроп усули билан 1 мл цефазолин антибиотиғи юборилди, назорат гуруҳидаги хайвонларга мускул орасига антибиотик юборилди.

Лимфатроп усули билан юборилган цефазолин юборилгандан кейин тажриба гуруҳидаги хайвонлардан қўйидаги натижалар олинди:

Операцион жароҳатларда яллиғланиш жараёни суст кечди, шиш, оғриқ ва маҳаллий ҳарорат сезилмади. 2–3 - кунига бориб битиш жараёни кучайган, эпителизация ва чандик ҳосил бўлиши бошланган. Битиш жараёнига ҳалақит бермаслик учун айрим чоклар олиб ташланди.

4–5 кунларида эпителизация жараёни тезлашиб чандиқ ҳосил бўлиш жараёни кучайди.

Назорат гуруҳидаги ҳайвонларни операциядан кейин жароҳатларнинг битиш яллиғланиш жараёни билан ривожланиши кузатилди.

2 – кундан бошлаб жароҳат атрофидаги тўқималарда яллиғланиш жараёни юзага келиб шиш, маҳаллий ҳарорат ва оғриқ сезиларли даражада кучайди. Жароҳатдан кам миқдорда геморрагик экссудат ажралиб туради.

4–5 – кунга бориб яллиғланиш жараёни бир оз сусайганлиги кузатилди. Жароҳат атрофидаги тўқималарда шиш сезиларли камайган, оғриқ ва маҳаллий ҳарорат сезилмади, эпителизация жараёни бошланди.

7–8 – кунга бориб яллиғланиш жараёнига хос белгилар сезилмади. Шиш, оғриқ ва маҳаллий ҳарорат йўқолган. Чандиқ ҳосил бўлиши бошланган. Жароҳатга қўйилган чоклар сони эса камайтирилди.

10 – кундан бошлаб эпителизация жараёни тугаб, чандиқ ҳосил бўлган.

Тажриба гуруҳидаги итларнинг тасодикий жароҳатларига лимфатроп усул билан цефазолин антибиотиғи юборилганда қуйидаги натижалар олинди:

Тасодикий жараёнлар ҳар кундаги ташқи таъсиротлардан келиб чиқади. Ваҳоланки, бу тажрибаларда етарлича ўлган тўқималар, инфекция мавжуд бўлади.

Тажриба бошланишдан аввал итлар клиник текширувлардан ўтказилди. Ҳайвонларда умумий ҳолати ёмонлашган, тана ҳарорати 39.5°C - 40°C , нафас олиш сони 27 тагача, юрак уриши 82 – 92 марта.

Регионал лимфа тугунлари катталашган. Жароҳатдан кўп миқдорда йирингли экссудат ажралиб туради, маҳаллий ҳарорат юқори, пайпасланганда оғриқ сезиларли даражада.

Қонда лейкоцитлар миқдори 10–12 минг 1 млм см³, лимфоцитлар 55 – 60, яъни нормадан бир оз купайган.

Лимфотроп усул билан цефазолин антибиотиғи юборилгандан кейин 2-кунга бориб яллиғланиш жараёни пасая бошлади. Жароҳат атрофидаги тўқималарда шиш камайган, маҳаллий ҳарорат ва оғриқ сезилади. Ҳайвоннинг умумий ҳарорати 39–39.5°C, нафас сони 23–25 та, юрак уриши 75–80 та. 4–5 - кунга бориб оқётган йирингли экссудат сезиларли камайган. Жароҳат деворида грануляция тўқимасининг ҳосил бўлиши кузатилади.

Регионал лимфа тугунлари ўз ҳолатга қайтган, оғриқ сезилмайди. Умумий ҳарорат 38-39°C, нафас сони 20–25 та, юрак уриш сони 70–80 та. Бу ҳолат соғлом организмдаги физиологик кўрсаткичларга яқинроқ.

Лейкоцитлар миқдори 8.5–9 минг 1 мкг 1 см³, лимфоцитлар 40–45. Ҳайвоннинг умумий ҳолати қониқарли, иштаҳаси тикланган.

Грануляция тўқимасининг ўсиши бутун бўшлиқ бўйича кузатилиб, бўшлиқ бироз кичрайган. Жароҳат атрофидаги яллиғланиш жараёнининг белгилари: шиш, маҳаллий ҳарорат ва оғриқ сезилмайди.

10–12 - кунга бориб жароҳат бўшлиғида грануляция тўқимаси билан тўлган. Эпителизация ва чандиқ ҳосил бўлиш бошланган.

Жароҳат атрофидаги тўқималар ўзларининг дастлабки ҳолатига қайтган. Ҳайвонларнинг умумий ҳолати қониқарли, иштаҳаси яхши, қондаги лейкоцитлар ва лимфоцитлар миқдори нормаллашган.

Назорат гуруҳидаги тасодиқий жароҳатларни даволашда цефазолин антибиотиғи мускул орасига юборилди. Таҷриба бошланишдан олдин жароҳатланган итлар клиник текширувдан ўтказилди. Жароҳатлардан кўп миқдорда йирингли экссудат оқиб туради. Атрофдаги тўқималар шишган, маҳаллий ҳарорат ва оғриқ сезиларли даражада. Умумий ҳарорат 40 - 41°C, юрак уриши 120–130, нафас 27 тагача, қонда лейкоцитлар 11-12.5 минг 1 мкг 10⁶м, регионар лимфа тугунлари пайпастлаганда оғриқ сезилади ва катталашади.

Даволашнинг 2–3 кунда жароҳат бўшлиғидан кўп миқдорда йирингли экссудат оқиб туради. Атрофдаги тўқималардаги шишлар

катталашган, оғриқ ва маҳаллий ҳарорат юқори. Ҳайвонларнинг умумий ҳолати сусайган, ҳарорат 39.5-40°С, юрак уриши 90 – 100 та, нафас олиш сони 25 – 26 марта.

5 – 6 кунига бориб жароҳат бўшлиғдан оқаётган йирингли экссудат миқдори бироз камайган.

Жароҳат атрофидаги тўқималарда шиш, оғриқ ва маҳаллий ҳарорат бироз сезилади. Тананинг умумий ҳарорати 38-39°С, юрак уриш 85–90 та, нафас сони 20 – 24 та, регионар лимфа тугунлар кичрайган.

7–8 кунга бориб жароҳат бўшлиғидан оқаётган экссудат бироз камайган. Жароҳат атрофидаги шиш, оғриқ ва маҳаллий ҳарорат сезиларли пасайган. Итларнинг умумий ҳолати қониқарли даражада, иштаҳаси яхши.

Клиник кўрсаткичлар физиологик нормага яқинлашган. Тана ҳарорати 38-39°С, пульс 85–90 та, нафас сони 20–22 та, қондаги лейкоцитлар миқдори 8.5–9 минг 1 мкг ка³ м.

Даволашнинг 10–12 - кунига бориб бўшлиқдан оқаётган йирингли экссудатнинг миқдори кескин камайган. Жароҳат бўлиғида грануляция тўқимасининг ўтиши кузатилади.

Ҳайвонларнинг умумий ҳолати яхши, клиник кўрсаткичлар нормада.

Муолажаларнинг 14–15 - кунларидан бошлаб жароҳатдан оқаётган йирингли экссудатнинг миқдори камайган, грануляция тўқимасининг ўсиши кузатилмоқда. Ҳайвоннинг аҳволи яхшиланган ва иштаҳаси яхши.

Даволашнинг 18–20 – кунига бориб жароҳат бўшлиғи грануляцион тўқимаси билан тўлган, эпителизация ва чандиқ ҳосил бўлиш жараёни бошланган.

Итларнинг умумий ҳолати қониқарли даражада.

Текширишлар натижасида шу нарса аниқландики, лимфотроп усул билан даволаш олиб борилса жароҳатларнинг битиши жадвалда кўриниб турибди. Тажриба гуруҳидаги операцион жароҳатлар 4–5 –кунда битса назорат гуруҳидаги итларда 8–10 кунда битади.

Тасодифий жароҳатлар тажриба гуруҳида лимфотроп усулда даволанганда 10–12 кунда битса, назорат гуруҳида эса 18–20 кунда битади.

т/р	Ҳайвонларнинг гуруҳи ва даволаш схемаси	Жароҳат тури	Сони	Битиш муддати (кун)
1	Тажриба. Лимфотроп усули билан цефазолин юбориш 1 суткада 1 марта	Операцион	3	4 – 5
		Тасодифий	7	10 - 12
2	Назорат. Мускул орасига цефазолин юбориш. 1 суткада 1 марта	Операцион	3	8 – 10
		тасодифий	7	18 - 20

IV. Хулоса

1. Лимфа тизими ҳайвон организмида муҳим рол уйнайди ва барча биокимёвий ва кимёвий жараёнларида қатнашади.

2. Лимфа тизими орқали жароҳатларни даволаш ветеринария ва тиббиёт амалиётида катта аҳамиятга эга.

3. Бошқа усулларга кўра ушбу усул орқали дори воситаларини юбориш асосида иқтисодий самарадорликка эришилади. Яъни бир кунда сарфланадиган дори воситаларининг дозалари ва миқдорлари ҳам бошқа усулларга нисбатан жуда кам бўлади.

4. Жароҳатларни даволашда лимфотроп усул билан цефазолин антибиотикларни юбориш натижасида жароҳатларнинг битиш муддати 6–7 кунга қисқарилишига эришилади.

5. Лимфотроп усул билан цефазолин антибиотигини юбориш организмда эпителизация ва чандиқ ҳосил бўлишини жараёнларини кучайишига олиб келади.

Амалиётга таклифлар

1. Ҳайвонларда жароҳатларни даволаш комплекс равишда олиб борилиши лозим.

2. Жароҳатларни даволашда унинг битишини тезлашишига эришиш учун янги замонавий усуллардан фойдаланиш, яъни лимфотроп усул билан даволашни такомиллаштириш ва кўпроқ амалиётда тадбиқ қилишни амалга ошириш талаб этилади.

V. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. И.А. Каримов “Қишлоқ хўжалигини ривожлантириш тўқин ҳаёт манбаи“ Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлис 5 – сессиясидаги нутқи - 1993 йил.
2. И.А. Каримов “Ўзбекистон XXI аср бўсағасида”: Хавфсизликка таҳдид барқарорлик шартлари, тараққиёт кафолатлари“ Тошент–1997 йил.
3. И.А. Каримов “Ўзбекистоннинг иқтисодий ва ижтимоий сиёсий ривожлантириш асосий тамойиллари“. Д.М. сессиясида 23 феврал 1995 йил.
4. И.А. Каримов. “Шахсий ёрдамчи, деҳқон ва фермер хўжаликларидида чорва молларини кўпайтиришни рағбатлантиришни кўпайтириш ҳамда чорвачилик маҳсулотларини ишлаб чиқаришни кенгайтириш борасидаги кўшимча чора тадбирлар тўғрисида“ Тошкент. 2008 йил 21 апрел.
5. И.А. Каримов “Шахсий ёрдамчи ва фермер хўжаликларидида чорва молларини кўпайтириш чора – тадбирлари“ Тошкент. 2006 йил 23 март.
6. Выренков Ю. Е. “Актуальность проблем лимфологий“ Москва. 1981 год.
7. Джумабоев С.Й., Джумабоев Е.С. “К механизму эфоликта эндолимфатической и лимфотропной терапии при заболованиях брюшной полости“ Москва. 1985 год.
8. Джумабоев С. У., Джумабоев Е.С., Файзиев И. Р. “Лимфотропная терапия в хирургической остро энтрологии“ Тошкент. 1986 год.
9. Жданов Д.А. “Взояло отношений структур и функций лимфатической капилляров в норме и при потологии “ Клим. Мед. 1970 год.
10. Жербино Д.Д. “Общая патология лимфатической системы“ Киев. 1977 год.
11. Казоченко Н. В. “Влияние прямой эндолимфотической терапии на показатели иммуного тонуса “. Москва – 1985 год.
12. Козьрева Н.В. “Влияний лимфотропной терапии на гнойный процесс“ Москва.1999 год.

13. Левин Ю. М. “Практическая лимфалогия “ Баку. 1982 год.
14. Левин Ю. М. “Основы лечебной лимфалогии“ Москва. 1986 год.
15. Левин Ю. М. “Проблемы внутри тканевой и лимфасосудистой терапии в онкологии”.
16. “Лимфатическая терапия в хирургии“ под. Ред. Джумабоева С.
17. Огнев Б. В. “Лимфатическая система в патологии “ Москва – 1971 год.
18. Орлов В.Н., Разdevич А.Е., Шилова Н.А. “Применение гипертонического раствора монстока в остром периоде лимфатического миокарда“ Москва – 1985 год.
19. Тимонев В. П. “Лимфотропная терапия при лечении ран“. Москва 2002 год.
20. Панько А.К., Сидоренко Ю.С. “Опыт применения эндолимфатической полихимиотерапии в онкологической тишине“ Москва - Подольск. 1985 год.
21. Панченков Р.Г., Выренков Й.Е., Еремей М.В., Шербатова Е.Г. “Эндолимфатическая антибиотикотерапия“. Москва, 1985 йил.
22. Тишанов В. П. “Лимфотропная терапия и влияние на заживление ран“ Москва. 1999 год.
23. “Проблемы клинической лимфалогии“ 2 региональная конференция к 60 – летию Джумабоева С. У. Андижон. 1990 год.
24. Саловъев И.Л. “Лимфотропная терапия при гнойных воспаленнях гемоситных суставов.
25. Сарапотий А.Е. “Лимфотропная антибиотикотерапия в комплексном лечении острого гнойного пиелонефрита “. Москва. 1985 год.
26. Сарапотий А.Е., Журавель Б.К. “Первый опыт стимуляции лимфатического дренажа тканей“. Москва – Подольск. 1985 год.
27. Щербатов Е.Г., Выренков Ю.Е., Панченков П.Т. “Экспериментальное изучение нового метода эндолимфатического введения антибиотиков и опыт его применения“. 1980 год.

28. Ярашенко Н.В., Артошенко К.Л., Арбузов А.М. “Лимфотропное антибиотико вриалнае терапия при инфекционно-воспалительных заболеваниях больших сишино мышц. 5 – международная конференция хирургов и стоматологов. Санкт- Петербург. 2000 год.

29. Региональная лимфотропная терапия в профлактике воспалений и переломов. 1999 год.

30. www.medn.ru

31. <http://cureplant.ru>

32. <http://webmvc.com/bolezn/livestock/surgeon/fistula.php>

33. <http://www.medcourse.ru>

34. <http://www.bkvet.ru>

36. <http://www.vetusklinika.ru/facilities/>

VI. Илова. Интернет маълумотлари

Лимфатическая система (*systema lymphaticum*) — система лимфатических капилляров, мелких и крупных лимфатических сосудов и находящихся по их ходу лимфатических узлов, обеспечивающая вместе с венами дренаж органов, т.е. всасывание из тканей воды, коллоидных растворов белков, эмульсий липидов, растворенных в воде кристаллоидов, удаление из тканей продуктов распада клеток, микробных тел и других частиц, а также лимфоцитопоэтическую и защитную функции.

Лимфатические капилляры являются начальным звеном Л.с. Они образуют обширную сеть во всех органах и тканях, кроме головного и спинного мозга, мозговых оболочек, хрящей, плаценты, эпителиального слоя слизистых оболочек и кожи, глазного яблока, внутреннего уха, костного мозга и паренхимы селезенки. Диаметр лимфатических капилляров варьирует от 10 до 200 мкм. Соединяясь друг с другом, лимфатические капилляры формируют замкнутые однослойные сети в фасциях, брюшине, плевре, оболочках органов. В объемных и паренхиматозных органах (легких, почках, крупных железах, мышцах) внутриорганный лимфатический сетевой аппарат имеет объемное (трехмерное) строение. В слизистой оболочке тонкой кишки от сети в ворсинке отходят широкие, длинные лимфатические капилляры и лимфатические синусы. Стенки лимфатических капилляров образованы одним слоем эндотелиальных клеток, базальная мембрана отсутствует. Около коллагеновых волокон лимфатические капилляры фиксированы стройными (якорными) филаментами — пучками тончайших соединительнотканых волокон. При раздвигании коллагеновых волокон, например в результате отека, лимфатические капилляры с помощью прикрепляющихся к ним стройных филаментов растягиваются, их просвет увеличивается.

Лимфатические сосуды образуются при слиянии нескольких лимфатических капилляров. Их диаметр до 1,5—2 мм, стенки более толстые за счет мышечного слоя (меди) и наружной соединительнотканной оболочки (адвентиции). Лимфатические сосуды имеют клапаны, пропускающие лимфу от места ее образования в сторону лимфатических узлов, протоков, стволов. Начальные лимфатические сосуды, у которых появились клапаны, но стенки по строению еще не отличаются от капиллярных, называются лимфатическими посткапиллярами. Стенки лимфатических сосудов утолщаются постепенно: у внутриорганных сосудов мышечная и адвентициальная оболочки тонкие, у внеорганных сосудов эти

оболочки утолщаются по мере их укрупнения. Клапаны лимфатических сосудов образованы выступающими в просвет складками внутренней оболочки — эндотелия вместе с тонкими пучками соединительной ткани. Обычно у каждого клапана две створки, располагающиеся на противоположных стенках сосуда. Клапаны предотвращают ретроградный ток лимфы. Располагаются клапаны на небольшом расстоянии друг от друга: в стенках органов — через 2—4 мм, во внеорганных лимфатических сосудах промежутки между клапанами достигают 12—15 мм. В местах расположения клапанов лимфатические сосуды несколько тоньше, чем в межклапанных промежутках. Благодаря чередующимся сужениям и расширениям лимфатические сосуды имеют четкообразный вид.

На пути следования к лимфатическим узлам лимфатические сосуды чаще располагаются рядом с венами. Сосуды, несущие лимфу от кожи, подкожной клетчатки, лежат снаружи от поверхностной фасции и называются поверхностными (эпифасциальными). В области суставов они обычно находятся на сгибательной стороне, что предохраняет их от перерастяжения при сгибательных движениях. Глубокие (субфасциальные) лимфатические сосуды собирают лимфу от мышц, суставов и других органов, сопровождают глубоко лежащие кровеносные сосуды и входят в состав сосудисто-нервных пучков. Лимфатические сосуды, отходящие от лимфатических узлов, направляются либо к следующим лимфатическим узлам этой или другой группы, либо к протоку, собирающему лимфу из данной части тела. На пути тока лимфы от органов лежит от 1 до 10 лимфатических узлов. Наибольшее их количество располагается по ходу лимфатических сосудов, несущих лимфу от тонкой и толстой кишок, почек, желудка, легких. Лимфатические узлы, к которым течет лимфа от органа, части тела (определенной области, региона), называют регионарными.

Из лимфатических сосудов образуются шесть коллекторных лимфатических протоков, сливающихся в два главных ствола — грудной проток (*ductus thoracicus*) и правый лимфатический проток (*truncus lymphaticus dexter*). Грудной проток формируется при слиянии кишечного и двух поясничных стволов. Поясничные стволы собирают лимфу из нижних конечностей, таза, забрюшинного пространства, кишечные — из органов брюшной полости. Правый лимфатический проток (около 10—12 мм длиной) образуется из правого подключичного и яремного протоков и правого бронхомедиастинального протока; впадает в правый венозный угол.

Лимфа, находящаяся в лимфатических сосудах, представляет собой слегка мутноватую или прозрачную жидкость солоноватого вкуса, щелочной реакции (рН — 7,35—9,0), близкую по своему составу к плазме крови. Лимфа образуется в результате всасывания в лимфатические капилляры тканевой жидкости, которое происходит по межклеточным (через межэндотелиальные соединения) и чресклеточным (сквозь тела эндотелиальных клеток) путем, а также при фильтрации плазмы крови через стенки кровеносных капилляров.

Вместе с тканевой жидкостью через межклеточные щели в просвет лимфатических капилляров всасываются крупнодисперсные белки, частицы разрушившихся клеток, чужеродные (пылевые) частицы. Через такие щели вместе с всасываемой тканевой жидкостью в лимфу могут попасть опухолевые клетки. Межклеточные щели служат путями проникновения в просвет лимфатических капилляров лейкоцитов, макрофагов, плазматических и других клеток. Образование лимфы чресклеточным путем происходит при участии ультрамикроскопических пиноциозных пузырьков, выполняющих роль «контейнеров». Образуются эти пузырьки за счет впячивания наружной мембраны эндотелиоцитов. В этот момент в них проникает тканевая жидкость и содержащиеся в ней вещества. Затем пузырьки отделяются от наружной клеточной мембраны, перемещаются к внутренней мембране эндотелиоцитов, сливаются с ней и открываются в просвет лимфатических капилляров, выделяя в него содержимое. Повышенное лимфообразование наблюдается при усилении капиллярной фильтрации вследствие повышения АД или затруднения венозного оттока, при снижении коллоидно-осмотического давления плазмы (гипопротеинемия), повышении капиллярной проницаемости под действием различных веществ (алкоголя, хлороформа, гиалуронидазы и др.). Образовавшаяся лимфа из лимфатических капилляров оттекает в лимфатические сосуды, проходит через лимфатические узлы, протоки и стволы и вливается в кровь в области нижних отделов шеи. Лимфа движется по капиллярам и сосудам под напором вновь образовавшейся лимфы, а также в результате сокращения мышечных элементов в стенках лимфатических сосудов. Току лимфы способствуют сократительная деятельность скелетных мышц при движении тела и гладкой мускулатуры, движение крови по венам и отрицательное давление, возникающее в грудной полости при дыхании. При клиническом обследовании определяют локализацию отека, степень фиброзных изменений кожи и подкожной клетчатки, отмечают цвет, пигментацию кожи, трофические расстройства, кожные лимфангиэктазии,

лимфангиомы, сопоставляют окружность пораженной конечности и здоровой. При пальпации регионарных лимфатических узлов оценивают их состояние (размеры, консистенцию, подвижность, спаянность с кожей и др.).

Основным инструментальным методом исследования Л.с. является лимфография с введением в лимфатическое русло рентгеноконтрастных веществ. Для определения функционального состояния Л.с. применяют измерение скорости лимфотока радионуклидным методом с использованием ¹³¹I-альбумина. Биопсия лимфатических узлов и сосудов позволяет получить гистологическую картину патологических изменений.

Патология. Пороки развития наблюдаются в различных вариантах. Регионарная гипоплазия лимфатических сосудов и узлов проявляется нарушением лимфооттока — лимфостазом и хроническим лимфатическим отеком (лимфедемой) конечностей, наружных половых органов с исходом в слоновость. Различают проксимальный тип гипоплазии, при котором отмечается преимущественно гипоплазия лимфатических узлов, и дистальный тип, когда преобладает патология дистальных лимфатических сосудов. Выделяют первичную облитерирующую лимфангиопатию — гиалиноз и фиброз интимы лимфатических сосудов с облитерацией просвета. Врожденное расширение лимфатических сосудов — лимфангиэктазия, а также более редкий порок развития — лимфангиоматоз (разрастание лимфатических сосудов в виде множества разделенных перегородками лимфатических полостей и щелей) чаще бывают локальными, реже — распространенными и характеризуются различными видами лимфорей.

Обширные ранения или оперативные вмешательства могут сопровождаться повреждением Л.с., особенно при раневой инфекции, что проявляется лимфореей, а после рубцевания — нарушениями лимфооттока. Оперативное удаление паховых или подмышечных лимфатических узлов нередко приводит к развитию лимфостаза и слоновости конечности,

Воспалительные заболевания Л.с. чаще бывают вторичными. Это лимфангиит и регионарный лимфаденит (неспецифический и специфический).

Опухоли, исходящие из лимфатических сосудов, могут быть доброкачественными (лимфангиома) и злокачественными (лимфангиосаркома). Доброкачественные опухоли из лимфатических узлов не встречаются, а злокачественные могут быть первичными (злокачественные лимфомы) и вторичными (метастатическими).

Лимфангиома занимает промежуточное положение между опухолью и пороком развития, развивается из лимфатических сосудов, обладает ограниченным ростом, не подвергается малигнизации. Чаще наблюдается у детей первого года жизни и локализуется преимущественно в коже и подкожной клетчатке. С возрастом нередко рост опухоли прекращается и отмечается ее обратное развитие за счет запустевания и склероза лимфатических сосудов. По строению лимфангиомы подразделяют на капиллярные, кавернозные и кистозные. Микроскопически опухоль состоит из полостей разных очертаний и величины, стенки которых образованы соединительной тканью и выстланы эндотелием. Нередко встречается сочетание лимфангиомы и гемангиомы. Капиллярная лимфангиома наиболее часто локализуется в коже, имеет вид возвышающегося образования диаметром 1—2 см цвета кожи с плотными темно-красными участками. Пальпация лимфангиомы безболезненна. Типична локализация кавернозных и кистозных лимфангиом на лице, шее, в подмышечных областях и на груди. Они имеют вид безболезненных припухлостей, иногда больших размеров, синевато-розового цвета, мягкой консистенции. Обычно лимфангиома растет медленно, возможно ее нагноение. Диагноз в типичных случаях не вызывает затруднений. При диагностической пункции опухоли получают прозрачную желтоватую жидкость. Лечение в основном хирургическое. Радикальные операции возможны при небольших лимфангиомах. У больных с многополостными, кавернозными лимфангиомами после частичного удаления опухоли в оставшиеся полости с целью их склерозирования вводят 3—5 мл 70% спирта. Оперативное вмешательство лучше выполнять в возрасте 6—12 мес. Лучевая терапия не эффективна. Течение лимфангиом доброкачественное, но после неполного удаления опухоли возможен рецидив. Прогноз благоприятный.

Лимфангиосаркома (злокачественная лимфангиоэндотелиома) встречается главным образом у больных, длительно страдающих лимфостазом верхней конечности после перенесенной радикальной мастэктомии по поводу рака молочной железы. В течение первых 5 лет после этой операции она встречается в 0,45% случаев. Однако при значительном отеке верхней конечности вероятность развития лимфангиосаркомы достигает 10%. Возможно развитие лимфангиосаркомы при длительной хронической лимфедеме нижних конечностей. Причина возникновения этой опухоли не выяснена. Хронический лимфостаз и фибросклеротическая перестройка ткани являются важным предрасполагающим фактором, однако наблюдаются далеко не всегда. Несколько большее значение придается наличию

хронического отека в развитии лимфангиосаркомы нижних конечностей. Лимфангиосаркомы, связанные с лимфостазом вследствие тромбофлебита, филяриатоза или врожденного хронического отека нижних конечностей, не описаны. Нельзя связывать возникновение лимфангиосаркомы с проведенной лучевой терапией, т.к. облучению подвергаются грудная стенка, подключичная и подмышечная области, а опухоль чаще развивается вблизи локтевого сустава. Однако лучевая терапия способствует усилению лимфостаза верхней конечности после мастэктомии. Сходен патогенез процесса при роже, которая играет определенную роль в развитии лимфангиосаркомы. Заболевание начинается с появления одного или нескольких плотных узелков размером от 0,3 до 3 см, возвышающихся над поверхностью кожи. Реже первым признаком болезни является возникновение на коже отека конечности багровых пятен, напоминающих кровоподтеки. По мере развития процесса отдельные узелки сливаются, образуя узловатую, иногда изъязвленную опухоль багрово-синего цвета, в окружности которой видны мелкие синеватые узелки-сателлиты. Чаще лимфангиосаркома локализуется на внутренней поверхности нижней трети плеча, реже — на коже верхней трети предплечья. В опухолевый процесс может быть вовлечена кожа всей конечности.

Для лечения лимфангиосаркомы используют хирургический, лучевой и комбинированный методы. При локальном процессе применяют широкое иссечение с последующей пластикой кожи. В случае обширного поражения или рецидива выполняют ампутацию конечности. Лучевую терапию назначают с паллиативной целью. Профилактика лимфангиосаркомы заключается в предупреждении и своевременном лечении отеков верхней конечности после мастэктомии.

Первичное поражение лимфатических узлов наблюдается при злокачественных лимфомах. Вторичное (метастатическое) вовлечение в процесс лимфатических узлов отмечается при раке, саркомах и лейкозах. Наибольшее значение имеет опухолевое поражение периферических лимфатических узлов. Злокачественные опухоли характеризуются различной тенденцией к метастазированию в периферические лимфатические узлы. Для некоторых новообразований (рак кожи, рабдомиосаркома, фибросаркома, липосаркома, саркома Юинга, рак легкого и др.) метастазирование в периферические лимфатические узлы не типично и составляет не более 10%. Напротив, при других опухолях (меланома, рак губы, рак языка, рак верхней челюсти, рак молочной железы, ангиосаркома, рак полового члена и др.) поражение периферических лимфатических узлов является отличительной

чертой. Нередко у больных лейкозами, особенно в первый острый период и в терминальной стадии болезни, отмечается системное увеличение периферических лимфатических узлов. Наиболее часто это наблюдается при остром лимфобластном лейкозе, хроническом миелолейкозе и хроническом лимфолейкозе. Обнаружение у больного увеличенных единичных или множественных лимфатических узлов всегда должно настораживать в отношении онкологического заболевания. Увеличенные лимфатические узлы, как правило, безболезненны, могут образовывать конгломераты и не причиняют существенных беспокойств. При этом немаловажно знать, что при различных опухолях имеются типичные локализации метастазов. Так, метастатическое поражение шейных лимфатических узлов наиболее характерно для рака носоглотки, щитовидной железы и слюнных желез, в частности околоушной. В ряде случаев при раке желудка может возникнуть так называемый вирховский метастаз в лимфатические узлы левой надключичной области. Поражение подмышечных лимфатических узлов наиболее часто встречается при раке молочной железы. Обнаружение метастазов в паховых лимфатических узлах должно настораживать в отношении рака полового члена, предстательной железы, рабдомиосаркомы и синовиальной саркомы нижней конечности, а также рака шейки матки и прямой кишки. Приблизительно у 10% больных диагностируют метастазы в периферических лимфатических узлах из невыявленного первичного очага. Обязательным является цитологическое или гистологическое подтверждение опухолевого поражения лимфатических узлов. См. также Рак, Саркома, Лейкозы, Лимфогранулематоз, Лимфосаркома.

Библиогр.: Бенда К., Цыб А. Ф. и др. Лимфэдема конечностей. Прага, 1987; Волков И.Н. Патология лимфатических узлов, пер. с болг., с. 167, София, 1980; Зербино Д.Д. Общая патология лимфатической системы, Киев, 1974; Куприянов В.В. И др. Микролимфология, М., 1983; Лохвицкий С.В. Нарушения лимфооттока и их хирургическая коррекция, Хирургия, № 7, с. 14, 1987, библиогр.; Патологоанатомическая диагностика опухолей человека, под ред. Н.А. Краевского и др., с. 69, М., 1982; Пачес А.И. Опухоли головы и шеи, с. 108, М., 1983; Перельман М.И., Юсупов И.А. и Седова Т.Н. Хирургия грудного протока, с. 66, 85. М., 1984; Петерсон Б.Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей, М., 1976; Сапин М.Р. и Ворзьяк Э.И. Внеорганные пути транспорта лимфы, М., 1982; Трапезников Н.Н. и др. Злокачественные опухоли мягких тканей конечностей и туловища, Киев, 1981.