

Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим

Вазирлиги

Самарканд медицина институти Педиатрия факултети

Хирургик касалликлар кафедраси

кулёзма хукукига

УДК: 616-089.34.

Бомиров Бадриддин Бахриддинович

магистр даражасини олиш учун диссертацияси

**“Уткир битишмали ичак тутилишини хирургик даволаш ва
профилактика килиш”.**

Мутахасислик 5А 510112-хирургия

Илмий рахбар: т.ф.д. проф: С. А .Абдуллаев

Самарканд-2015

Мундарижа

1 Кириш	4
I Боб Корин бушлиги битишмаларининг комплекс олдини олиш ва даволашдаги ечилмаган масалалари.....	9
1.1 Корин бушлигида операциядан кейинги битишмалар этиопатогенези тугрисидаги замонавий карашлар.....	9
1.2 Корин бушлиги битишма касаллигининг профилактика ва даволашнинг бахсли масалалари.....	17
II Боб Илмий ишнинг материаллари ва текшириш усуллари.....	27
III Боб Битишмали ичак тугилиши билан анъанавий даволанган беморлар ва битишмалар профилактикаси натижалари.....	38
3.1 Таккослаш гурухи беморларда УБИТнинг ташхиси.....	38
3.2 УБИТ билан таккослаш гурухи беморларни анъанавий даволаш натижалари.....	52
3.3 УБИТ билан беморларда эндотоксикозни баҳолаш критериялари... ..	60
IV Боб Уткир битишмали ичак тугилиши билан даволаш ва профилактика усулларини такомиллаш ва натижаларини киёсий урганиш.....	64
4.1 Асосий гурух беморларнинг умумий характеристикаси.....	65
4.2 УБИТ билан асосий гурух беморларини даволашда такомиллашган усулларнинг самарадорлигини баҳолаш.....	70
Хотима.....	78
Хулоса ва амалий тавсиялар.....	86
Фойдаланилган адабиётлар руйхати.....	88

Кискартма сузлар

УБИТ-Уткир битишмали ичак тутилиши

БК- Битишма касаллиги

ЭИС-Эндоген интоксикация синдроми

ОИТ- Ошказон ичак тракти

УТТ- Ультратовуш текшируви

ИИБ-Ичак ички босими

КТ- Компютер томаграфия

МНС- Марказий нерв системаси

Кириш

Мавзунинг долзарблиги. Шошилиш жаррохликнинг замонавий ютуқлари, ташхислаш ва даволаш услубларининг такомиллашиши, УБИТ олдини олишга қаратилган қўп сонли тавсияларга қарамадан, бу патологияни даволаш натижалари салбий бўлиб қолмоқда. Замонавий муаллифларнинг маълумотларига қўра, УБИТ улимлар сони 3% дан 9,45% гача етади, эрта битишмали ичак тутилишида эса 20% гача [15.5.101].

Жаррохлик фанининг ривожланиши ва охириги йилларда қорин бўшлиғи аъзоларида бажарилаётган операцияларнинг сонининг қўпайиши, уткир битишмали ичак тутилиши (УБИТ) касаллигига қалинган беморлар сонининг анча ўсишига олиб қелди, унинг ўлуши бу касалликнинг бошқа турлари ичида 60-80% ни ташқил қилади. [15,78,117,122.]. Бўнга мойил бўлувчи орасида, қўп муаллифларнинг фикрига қўра, УБИТни қеч ташхислаш ва жаррохлик даволашнинг қеч ўтқазилиши асосий сабаблардан бўлиб қолмоқда [5,13,63,71], ўлар эса бир қатор ҳолатлар оғир операциядан кейинги асоратларнинг ривожланишига [79,96] ва ўлим суръатининг ўшишига [116,132] олиб қелади. Охириги йиллар адабиётларида, бу касалликнинг этиологияси ва ривожланиш патогенези масалаларига бағишланган қўп сонли нашрлар мавжуд [7,12], ўлар жуда қўп турли хил фикрлар қелтирилган, яъни қўп битишма пайдо бўлишида индивидуал мойиллик ҳам [16,24] муҳим ҳисобланади.

Қўпчилиқ муаллифларнинг фикрига қўра, ҳозирги пайтда [15,122,136,127] операциядан кейинги битишмаларнинг олдини олишда ишонқли услублар мавжуд эмас. Демак, УБИТни ўз вақтида аниқлаш, олдини олиш ва даволаш, замонавий жаррохликнинг жуда мураккаб ва ечилмаган муаммоси ҳисобланади [17,25,33,47].

Юкорида келтирилганларнинг барчаси, муаммонинг долзарблиги тугрисида ва бу йуналишда изланишлар олиб борилиши лозимлигидан далолат беради.

Илмий ишнинг мақсади уткир битишмали ичак тутилишини хирургик даволаш ва профилактика қилиш усулларини такомиллаш.

Илмий ишнинг вазифалари:

1. Анъанавий даволаш ва профилактика усуллари қулланилган ҳолда уткир битишмали ичак тутилиши билан хирургик даволаш натижаларини урганиш.
2. Уткир битишмали ичак тутилиши билан беморларни хирургик даволаш ва профилактика қилишда мезогелнинг ахамиятини урганиш.
3. Уткир битишмали ичак тутилиши билан беморларни хирургик даволаш ва профилактика қилишнинг такомиллаштирилган усулларининг самарадорлигини аниқлаш.
4. Уткир битишмали ичак тутилиши билан беморларда анъанавий даволаш ва профилактика қилиш натижаларини қиёсий баҳолаш.

Илмий янгилиги.

1. Уткир битишмали ичак тутилишини ва эндоген интоксикациянинг ривожланишини ташхислашда муҳим курсаткич бўлган қон биохимик таҳлилларига асосланиб аниқланди. Қорин бушлиги аъзоларида жаррохлик аралашувлар утказилганда битишма пайдо бўлишига мойилликни ишончли аниқлаб берувчи индекси таклиф этилди.
2. Уткир битишмали ичак тутилишининг клиник кечишида эндоген интоксикация синдроми (ЭИС) оғирлик даражасининг таъсири ва унинг мезонлари аниқланди.
3. Битишма пайдо бўлиш ташхисий ва прогностик мезонларни қуллаган ҳолда, УБИТга қалинган беморларда патология асоратини эрта верификация қилиш ва комплекс профилактика қилишда мезогель қулланилди.

Ишнинг амалий ахамияти

1. Бажарилган тадқиқотлар натижаларини куллаш, УБИТ билан беморларда эрта битишма жараёни ва унинг асоратларини аниқлаш ҳамда касалликнинг ижобий клиник кечишига кумаклашади. Битишмаланишни прогнозлаш УБИТни куп омилли кечишини эрта ташхислаш информатив услуби таклиф этилди. Эндоген интоксикациянинг огирлик даражаси асосида УБИТни жаррохлик ва консерватив даволаш усуллари таклиф килинди.
2. Битишмаларни профилактика килишда мезогель эритмасининг ишлатилиши келгусида уткир битишмали ичак тутилиши суръатининг пасайишига олиб келади.
3. Такмиллаштирилган ичаклар интубацияси оркали лаваж ва энтеросорбцияси утказилди. УБИТнинг 2-3 боскичларини бартараф килиш учун операция пайтида назогастрал-интестинал интубация, ичак лаважи ва энтеросорбция килиш таклиф килинди. Даволаш натижасини яхшилаш учун эрта ташхислаш ва ичак тутилиши сабабини бартараф килиш, ичаклар фаолиятини эрта тиклаш ва битишмаланишни профилактика килиш йулга куйилди.

Химояга олиб чикилаётган асосий холатлар

1. Уткир битишмали тутилишда ичакда махаллий трофик бузулишлар ривожланади, секреция кучаяди, тусик усти жойидан ичакдан сурилиш камаяди, бу эса ичак махсулоти стазига олиб келади ва огир эндоген интоксикация ривожланишига олиб келади. Шунинг учун ичак ичида туриб колган махсулотдан операция пайтида тула бушатиш лозим ҳамда назоинтестинал ва трансректал интубация килиш операциядан кейинги даврида УБИТнинг асоратларини ва салбий оқибатларини анча камайтиради.

2. Кондаги биохимик курсаткичларини аниклаш УБИТни эрта ташхислаш ва прогнозлашда муҳим мезон ҳисобланади.
3. Операция пайтида кам жароҳатловчи адгезиолизис қилиш ва операциядан кейинги даврда УБИТ билан касалликнинг қайталанишнинг олдини олиш учун тулик ҳажмда барча профилактик чораларини утказиш лозим: яъни корин ичига адгезияга қарши мезогель аралашмасини юбориш, ичак лаважи, энтеросорбция, ичак перисталтикасини тиклаш ва зонд орқали озиклантиришлардир. Операциядан кейинги даврда 2-3 кун полихлорвинил зонд орқали корин бушлигига мезогель эритмаси 150-200мл юбориб туриш лозим.

Илмий изланишлар натижасини тадбиқ қилиниши.

Текширишлар натижалари тиббиётнинг тасдиқловчи хусусиятларига асосланган ҳолда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг хирургия бўлимларида амалиётга тадбиқ қилинди.

Илмий изланиш материаллари Самарқанд медицина институтининг хирургик касалликлари кафедрасида 4-5-6 курс талабаларига, магистрларга, клиник ординаторларга амалий ва маъруза дарслари утишда қулланилади.

Ишнинг муҳокамаси: Магистрлик диссертациясининг асосий моҳияти СамМИнинг педиатрия факультетига қаршли хирургик касалликлари кафедрасида, кафедралараро жамоалар йигинида муҳокама қилинди.

Чоп қилинди: Диссертация материаллари буйича 6 та илмий ишлар: шулардан тезислар 5 та, журналда мақола тарзида-2 чоп қилинган. Шулардан 3 таси хорижий мамлакатларда чоп қилинган.

Ишнинг хажми ва тузилмаси: Диссертация материали 102 бет компьютерда ёзилган. Кириш, адабиёт маълумотлари, 4 бобдан, хотима, хулосалар, амалий тавсиялардан иборат.

I БОБ.Корин бушлигида битишмаларни пайдо булишини комплекс олдини олиш ва даволашнинг ечилмаган масалалари.

1.1. Корин бушлигида операциядан кейинги битишмалар этиопатогенези тугрисидаги замонавий карашлар.

Битишма касаллиги-абдоминал хирургиянинг огир ва хал килинмаган муаммоларидан хисобланади. Охирги 100йилдан купрок вақт ичида хирурглар битишма касаллигини профилактика килишнинг оптимал усулларини топиш билан илмий изланишлар олиб бормокдалар.Битишма касаллиги ва унинг асорати тугрисида биринчи маълумот XIX асрнинг охирларида пайдо булди.Томас Брейт 1872 йилда тухумдоннинг усма шиши билан операциядан кейин беморда уткир ичак тутилиши битишмалар фонида ривожланиши билан биринчи операция килган(26).

Халкаро битишмаларни урганиш жамиятининг кузатувлари буйича корин бушлигидаги операциядан кейинги битишмаларнинг хосил булиши абдоминал хирургиянинг энг куп асоратларидан хисобланади(56).Битишма касаллиги билан хар йили хирургик булимларда 1% корин бушлигида операция килинган беморлар даволанади. Шулардан 50%да уткир битишмали ичак тутилиши ривожланади, операциядан кейинги улим эса 10-15% ни ташкил килади(12,36). Корин бушлигида килинган операциялардан кейин айрим адабиёт маълумотларига асосан 93-100% холатларда битишма хосил булади. Охирги ун йилликда абдоминал жаррохликдаги юксак ривож ланиш, анестезия усулларининг такомиллашиши, корин бушлиги аъзоларида бажариладиган режали ва шошилишч операциялар суръатининг купайишига сабабчи булдилар [18,24,29,70]. Бу холат эса битишма (БК) касаллигига чалинган беморлар сонининг ошишига ва тезкор уткир битишмали ичак тутилишининг купайишига олиб келди.

Операциядан кейинги битишмали асоратларини Rene Leriche (1949) томонидан корин бушлиги жаррохлигининг «куркинчли камчиси» деб аталган эди. Бу тариф хозирги кунгача уз мохиятини саклаб колмокда [22,46,57,58,69]. Корин бушлиги аъзоларида утказилган оператив аралашувлардан сунг битишма жараёнининг келиб чикиши 20-80% атрофида булмокда [19,66,141].

Адабиётларда келтирилган [118] маълумотларига кура,ингичка ичак битишмали тутилиши амалиётда 54-75% холатларда кузатилмокда. D.Menzies хаммуаллифлари билан [121] таъкидлашича, бир нечта лапаротомия утказилган гурух беморларида битишмали жараён 93% кузатилган булса,битта лапаротомиядан кейин эса факат 10,4% аникланган. Жаррохлар маълумотларига кура битишмали ичак тутилиши 0,9%ни ташкил килади, улар томонидан умумий лапаротомиялар сонидан 3,3% шошилинич операциялар ташкил килади. Битишмали ичак тутилиши 1% беморларда бир йил мобайнида, 0,5% да эса операциядан кейин бир ой мобайнида кузатилади. Корин бушлигининг пастки кавати аъзоларида операциялар утказилганда уткир битишмали ичак тутилиши купрок кузатилган[20,117]. Анамнезида абдоминал жаррохлик аралашуви мавжуд булган 55-100% беморларда, операциядан кейинги даврда корин бушлиги битишмали жараёни ривожланади ва 1% холатларда огир асорат УБИТга олиб келиши мумкин [34,39].

Кайта бажарилган операциялар корин бушлигида битишмалар холатини ва уларнинг асоратлари ривожланиши хавфини оширади[24,27,23,64,97]. Лекин, шикастланган тукималарнинг васкуляризация ва регенерациясига каратилган универсал химоя-мослашув механизми купрок патологик куринишга эга ва УБИТга сабаб булади[28,26,85]. Оператив аралашув жараёнида корин парданинг механик таъсир натижасида шикастланади,кейинчалик операциядан кейинги даврда эса стандарт регенератив-репаратив жараёнлар фаоллашади [60,68]. Бевосита жаррохлик агрессиянинг узи, хамда бошка омиллар яллигланиш

жараёнининг ривожланишида муҳим рол уйнайди, ва битишмалар пайдо бўлишига олиб келади[14,34,65,87]. Корин парда шикастланиши ва битишмалар пайдо бўлишига олиб келувчи этиологик омиллар жуда ҳам хилма-хил[51,86]. Этиологик омиллар сифатида куйидагилар ҳисобланади: механик шикастланиш, корин парданинг қуриши, инфекция (тешилиш, суюқлик йигилиши), ёд жисмлар шу жумладан лигатуралар ва ичак парези, кориннинг ёпик шикастланиши, туқималарнинг маҳаллий ишемияси, корин аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, ҳамда локал нурланишлар [11,31,32,49,63,65,90.]. Жаррохлик амалиётида ҳар хил асбобларни қуллаш натижасидаги механик шикастлар етакчи урин эгаллайди, жаррохнинг қупол ҳаракати, мезотелийни қурук доқа салфеткалар билан шикастлаш, жаррохлик амалиётини бажаришда корин парда қисмларини қесиб қуйиш [50, 80,138] муҳим сабаблар ҳисобланади.

Битишмалар пайдо бўлиши учун сероз пардани енгил шикастланиши етарли, бу эса барча операцияларда қузатилади[44, 45, 84]. Мезотелийни жароҳатлаганда битишмалар пайдо бўлади, базал мембрана бутунлигининг бузулиши перитониал битишмалар ривожланишининг энг потенциал хавфлиси ҳисобланади [34,37]. Корин парда антиадгезив қобилияти нимага боғлиқ ва корин парданинг адгезив ва антиадгезив функциялари орасидаги рецептор муносабатларини бузилишига олиб келувчи қайси тузилма функционал боғлам мезотелийда узғаришлар чақиради қабил саволларга мавжуд адабиётларда, биз лозим жавоб топа олмадик.

Охириги пайтда клиник амалиётга қаминвазив жаррохлик усулларининг қиритилиши билан, бу омилларнинг битишма касаллигининг (БК) ривожланишдаги урни пасайди. Лекин ҳозирги пайтгача барча оператив аралашувлар травматик ҳисобланади ва корин бушлигида битишмалар ривожланиши хавфи сақланмоқда [78,103,140,].

Интраоперацион адгезиоген омилларга корин парданинг қуриши ҳам қиради. Ичакнинг 20 ва ундан қупроқ дақиқага эвентрацияси,

кейинчалик битишмалар пайдо булишига олиб келади [133,134]. Харорат омили хам битишма пайдо булишига таъсир килади. Бунга ичак кисмларининг совуши ёки жуда иситилиши хам мойил булади. Оператив аралашувларда диатермокаугуляцияни, электропичокни куллаш, корин парданинг чукур некрозига олиб келади ва унинг атрофида шикастланиш зонаси пайдо булади, хамда корин бушлигида операциядан кейинги битишмалар ривожланади [28,53, 58,76, 82]. Турли кимёвий моддалар (спирт, йод ва бошк) корин пардасига тушганда кимёвий куйиш чакирилади ва битишмалар ривожланишига олиб келиши мумкин [5,17,18,98]. Адабиётда куп сонли маълумотлар мавжуд, ёд жисмлар хам битишма манбаи булиши мумкин[30,99,]. Уларга чоклар киради, агар улар куп куйилса, дренажлар хам махаллий битишма пайдо булишига олиб келади [103,109].

Корин бушлигига дори-дармонларнинг киритилиши хам битишмалар пайдо булишига сабабчи булиши мумкин. Аввал корин бушлигида микроирригаторни узок муддатга колдириш ва антибиотикларни корин бушлигига юбориш мухим деб хисобланган. Хозирда бу мақсадга номувофик хисобланади чунки 1-2 суткадан сунг микроирригатор атрофида корин парда ёпишади ва канал хосил булади, хамда антибиотиклар корин бушлигига туша олмайди [91,107]. Антибиотикларни махаллий куллаш бу бахсли холат[12,16,84]. Ёд жисмларга, яъни асоратларга олиб келувчиларга, турли хил порошоклар, ёглар киради [100,103]. Кулкопдаги талк гранулемалар пайдо булишига, улар атрофида махсулотли яллигланишнинг фаоллашишига ва битишмалар пайдо булишига олиб келади. Битишма жараёни келиб чикишида талк урни шунчалик якколдирки, у хайвонлар устидан тажриба утказилганда корин ичи битишмаларини пайдо булишида асосий компонентлардан бири булган [83, 88].

Куп сонли муаллифларнинг кузатувларига кура [67,114,119] юкумли агентларни корин бушлигига тушиши билан кузатилган

жаррохлик патологиялар битишма пайдо булишига купрок сабабчи буладилар. Амалиётда бушлик аъзолар перфорацияси, перитонит билан ичак бушлигини очиш билан боглик операциялардан кейин битишмалар ривожланиши суръати анча баланд. Септик омилнинг урни тутгисида айтилганда, айрим таткикотчилар карама-карши тухтамларга келмокдалар ва уларнинг фикрига кура, инфекция битишма пайдо булишини секинлаштиради, чунки микроорганизмлар ва лейкоцитлар лизисида протеолитик ферментлар ажралади, улар эса корин парда битишмаларини келиб чикишига йул куймайди[32,51,52,89]. Шунга карамасдан, хозирги пайтда ривожланган перитонитдан сунг битишмалар патогенезида микроорганизмларнинг урнини инкор этиб булмайди [35,49]. Корин парданинг септик яллигланиши патоген флоранинг агрессив эндо ва экзотоксинларининг таъсири туфайли, унинг шикастланишига олиб келади. Хамда инфекция мохиятига хам эътибор берилмокда: вахоланки колибацилляр флора фибринга бой экссудатни келиб чикишига мойил булиб, купрок битишмалар пайдо булишига кумаклашади. Стрептококкларга нисбатан, корин бушлигида ажралувчи суюкликда фибрин анча камдир[50,64]. Корин бушлигидаги барча сурункали жараёнлар, агар улар аъзолар даражасида чиксалар, албатта битишма пайдо булишига олиб келади [73,85]. Ошказон ва 12-бармокли ичак яра касаллиги, холецистит, аппендицитнинг асорати сифатида перигастрит, перидуоденит, периаппендицит ва бошка куринишларда юзага келади. Сурункали яллигланишларнинг купида битишма пайдо булиши хусусиятларидан бири битишма жараёни генерализациясига мойиллик йуклигидир, бунда жараён чегараланади. Сурункали сил перитонитида богламли ва юзали битишмалар пайдо булади, айрим холларда ичаклар аро конгломератлар ривожланади, уларни ажратиш жуда мушкул. Битишмалар келиб чикишида корин парда мухим рол уйнайди, у ичак серозидаги сил буртмалари билан битишади. Келиб чиккан турли хил ичак кисмлари конгломератлари, сил перитонитида хам уткир ичак тутилишига олиб

келади[115,132].Уткир жаррохлик касалликларида иш бошқача куринишда,яъни канчалик перитонит куп ривожланса,махаллий ёки таркалган, шунчалик битишмалар пайдо булиш жараёни кенг ва генерализациялашиш тенденциясига эга [38,42,84].Тукималар ишемияси корин парда регенерацияси жараёнини секинлаштиради. Келиб чиккан гипоксия ремезотелизация тезлигини пасайтиради ва кушувчи тукима усишини тезлаштиради[61,66].

Айрим муаллифлар [64,71,141] таъкидлашмоқдаки, перитонит туфайли келиб чиккан ичак парези ичак девори компрессиясига олиб келади ва ичак махсулотининг корин бушлигига чикишига сабаб булади. Бу эса ичак деворидаги микроциркулятор оким томирларини ва атрофдаги корин пардани кисилишига олиб келади [67,84,99]. Натижада ичак девори ва вицерал корин пардада некробиотик узгаришлар келиб чиқади. Бу жараёнларнинг окибати перитонит хисобланади.

Куп муаллифлар маълумотларига кура [95,101,114], мезотелийда антиадгезантлар сифатида фосфолипидлар булиши мумкин. Утказилган адабиётлар тахлилига кура айтиш мумкинки, мезотелий функционал имкониятларининг диапозони микроциркуляция холатига богликдир.

Корин бушлигига кон куйилиши, айрим муаллифларнинг фикрига кура[102,116] битишмаларни ривожлантормади, бошқаларнинг фикрига кура [133]-бу асоратнинг асосий шартларидан бири хисобланади. Корин бушлигидаги фибрин лахтаси нафакат кушувчи тукима толалари усиши учун матрица сифатида хизмат килади, балки узи хам фибробластлар пролиферациясини фаоллаштиради[8,13,46]. Куп сонли этиологик омиллар таъсирида корин парда зарарланади ва яллигланиш экссудация элементи ривожланади. Перитонеал ажралмадан фибрин чиқади, у эса бир бирига якин ярали юзаларни ёпиштиради. Яллигланишнинг пролифератив компонентини ривожланишига ичакни реффлектор парези мойил булади. Иккала зарарланган корин парда юзалари ва фибрин катламидан хосил булган комплексдан сунг,организация жараёни бошланади. Фибрин

калинлигида фибробластлар фаоллашади, улар эластик ва коллаген толаларини ишлаб чиқади, улар орасидаги бушлик кейинчалик қушувчи туқиманинг асосий моддаси билан тулдирилади, унинг асосий компоненти гиалурон кислота ҳисобланади. Ёш қушувчи туқимага капиллярлар ушиб боради, улар кейинчалик битишмани озиклантирувчи етилган кон келтирувчи тизимга айланади.

Қуп татқикотчилар фикрича(23,58,101) битишма келиб чиқишида томир компоненти алоҳида урин эгаллайди. Бу ҳаммага маълум адгезиогенезни ишемик гипотезаси, унга қура фиброгенезнинг бошланиш омили сифатида ҳамда ангиопрлиферация ҳам гипоксия ҳисобланади ва битишма пайдо бўлишини ахамияти нафакат патологик учокни чегараланишида, балки қорин парда ишемизациялашган қисмининг реваскуляризациясидир.

Қорин бушлиги битишмаларининг морфогенезини тасвирловчи қуп сонли адабиёт маълумотлари мавжуд [15,44,30] ва битишма пайдо бўлиш жараёни бир неча кетма-кет бир бирига утадиган босқичга бўладилар. Биринчи босқичда асосан зарарланган туқималарнинг регенерациясидан иборатдир (48соат). Иккинчи босқичда битишмалар шаклланади, улар биринчи хафта давомида тулик сурилиши мумкин. Учунчи босқич- яхши ривожланмаган томирлар турига эга битишмалар шаклланиши, у қисман сурилиши ҳам мумкин. Ва охири босқич 7 ой ва ундан қупрок давом этади, битишмаларда алоҳида томирлар пайдо бўлади ва уларнинг сурилишига қуймайди. Хозирги пайтда битишмаларнинг ривожланишида организм реактивлиги индивидуал хусусиятларига катта ахамият берилмоқда[61,66,98,100].

Тиббий билимларнинг ривожланишининг замонавий босқичида, битишма касаллигига мойиллик учун жавобгар деб ноҳуш салбий иммунологик фон, организмнинг сенсibiliзацияси ҳолати ҳисобланади. Бу ҳолат қуйидаги касаллик белгиларининг ривожланиши яъни операциядан кейинги чандикларнинг келлоидсимон қуринишда бўлиши,

мавсумий хуружлар, бошка кушувчи тукима зарарланиши, теридаги буладиган узгаришларда билан тасдикланади. Касаллик купинча утказилган стресслар, шамоллаш касалликлари, эмлашдан сунг кайталаниши мумкин[63,124]. Бу гурухдаги беморларда операция пайтидаги корин парда зарарланиши этиологик амиятидан ташкари, индивидуал юкори реактив иммунологик механизмлар учун бошланиш механизм ролини уйнайди. Бирламчи яллигланишга аллергик ва аутоиммун компонентлар кушилади, бу эса яллигланиш жараёнининг пролифератив фазасини чузади [59,81].

Бизга маълум булган адабиётлардан айрим керакли[24,48,69] ишларни топдик, у битишма пайдо булишини даражасини прогнозлаш учун ва битишмаларнинг келиб чикишини олдини олиш самарадорлигини бахолашда, конда оксил билан боғланган оксипролин даражасини аниклашни тавсия этади. УБИТни комплекс даволаш ва профилактика фониди, коллаген алмашинуви характерини аниклаш урганилмаган, бу корин пардадаги нуксонда регенерация жараёни кайси йул билан боришини акс этади (битишмани сурилиши ёки шаклланиши).

Шундай килиб, битишма пайдо булиши мураккаб патогенезли полиэтиологик патологик холат хисобланади. Корин парданинг адгезив ва антиадгезив хусусият рецепторлари узаро муносабатларда ва биринчи адгезив холат иккинчисидан юкори булса битишма келиб чикишга яккол таъсир этади. Адгезив хусусиятларни пасайиши, яллигланиш жараёни мавжудлигида таркалган перитонитга олиб келади, уларнинг купайиши эса корин бушлигида куп сонли битишмалар пайдо булишига сабаб булади. Касалликни патогенетик хусусиятларини инобатга олган холда айтиб булмайди, бу беморда корин бушлигида битишмалар ривожланадими, у БКга утадимми ва ундан УБИТ асорати ривожланишинг канчалик хавфи бор. Ундан ташкари, корин бушлигидаги операциядан кейинги битишмалар якколлиги доимо БК огирлигига тугри келади, масалан битта битишма хам УБИТга олиб келиши мумкин, аммо массив фиброз ва

битишмалар ҳам фақат патологоанатом томонидан аниқланиши мумкин. Шунинг учун операциядан кейинги битишмалар профилактикаси лозимлиги тугрисида савол турмоқда яъни барча абдоминал оператив аралашувларда мажбурий босқич сифатида.

1.2. Корин бушлиги битишма касаллигинг профилактика ва даволашнинг бахсли масалалари.

Корин бушлиги аъзоларининг битишма касаллиги ечилмаган муаммо булиб қолмоқда. Корин бушлиги аъзоларида турли хил оператив аралашувлар утказилиши оқибатида битишмалар пайдо бўлиш фоизи юқориликча булиб қолмоқда ва 90,7-97,8% ҳолатларда лапаротомиядан кейин битишмалар пайдо бўлади [33], Айрим муаллифларнинг.[127,140] кузатувларига қура – корин парда минимал зарарланиши билан кечган барча лапаротомиядан кейин келиб чиқиши мумкин. Ваҳоланки купчилик олимлар фикрига қура, битишма пайдо бўлиши бу утказилган перитонитдан кейинги давом этувчи корин парда яллигланишининг натижасидир ва бу жараёнда корин пардага ҳос антиадгезив фаолликнинг йуқолишидир. Уневерсал химоя-мослашув механизми, яъни патологик жараёни чегаралашга, зарарланган туқималарни реваскуляризацияси ва регенерацияга қаратилган, у эса купрок патологик белгиларга эга булиб, битишмали ичак тутилишига сабаб бўлади[23,69].

Операциядан кейинги битишмаларни олдини олишнинг ишончли услублари, куп муаллифларнинг таъкидлашича, ҳозиргача мавжуд эмас[44,65,122,124]. Барча юқорида қурсатилган таъмойиллар, битишма келиб чиқишини олдини олиш йулларини урганиш ва уни даволашни такомиллашда маҳсус илмий изланишлар амалий лозимлигини талаб этади. Ҳозир пайтда корин бушлигида битишма жараёнини олдини олишга қаратилган 4 гуруҳ тадбирлар мавжуд: 1) корин парда зарарланишини қамайтириш ; 2) операция зонасида яллигланиш реакциясини қамайтириш;

3) корин бушлигида фибрин ажралиши эхтимоллигини пасайтириш; 4) зарарланган мезотелиал юзаларни чегаралаш[12,131].

Куп муаллифлар [25,69,115,122].Корин парда шикастланишини камайтириш билан бирга барча бошка профилактик тадбирлар комплексини утказишга катта ахамият беришмоқда, лекин бошкалар[111,128,130]битишма жараёнини тухтатиш учун турли хил протектор ва ингибиторларни куллаш мақсадга номувофик деб хисоблашади, ҳамда рационал ва тежамкор жаррохлик техникаси кулай деб эътироф этишмоқда [9,29,79]. Операция жойида яллигланиш реакциясини камайтириш мақсадида турли хил йуллар таклиф этилмоқда. Баъзи муаллифлар [75,77,92,97], битишмаларни олдини олишда физиомуолажаларни куллаш мақсадга мувофик деб хисоблашмоқда.Сичконларда утказилган тажрибаларда, уларда кичик тос аъзоларида операциялар бажарилган, муаллифлар торф ва унинг экстрактларидан тайёрланган иссик ванналар куллашган. Барча холатларда битишма жараёнининг камайиши кайт этилган. Бошка гурух олимлар каламушларда утказилган тажрибаларида, жароҳатдан кейин корин парда зарарланиши ва уни инфекцияланишида келиб чиккан битишмаларга полипентапептидни таъсирини урганишган. Препаратни куллаш, операция соҳасида битишма жараёнини анча камайишига олиб келган.

Чет эл адабиётлари маълумотларига кура, операция соҳасида яллигланиш реакциясини камайтириш учун тузли эритмалар билан перитониал лаваж утказиш тавсия этилмайди. Айрим муаллифлар[13,35,58,112] сичконларда корин бушлигида операция утказилгандан сунг кейинчалик Рингер эритмаси ишлатилган хожат бажарилганда, битишмаларни пайдо булиш жараёнини урганишган. Бу эритма хайвонларда ишлатилганда битишма хосил булиш назорат гурухи хайвонларга нисбатан сустлашган (44,121,145). Бу таткикот натижалари, билан [12,128,130] кулга киритилган маълумотларга, яъни инсон кичик тос аъзоларида бажарилган 80та операциялар тахлили ҳам ижобий натижа

берган. Битишмаларнинг келиб чиқишининг асосий компонентларидан бири фибриннинг ажралиши кейинчалик фибробластлар билан инфилтрацияси хисобланади, улар кейин васкуляризацияга учраб, эпителий билан копланеди[126,136,140]. Шунинг учун бир катор таткикотлар, корин бушлигида фибриннинг ажралишини камайтириш эхтимоллигига багишланган. Масалан, Смирнова, А.Е. [71] кичик тос аъзоларида бажарилган операциялардан сунг битишмалар келиб чиқишини олдини олиш учун, корин ичига тизимли пентоксифиллин ва тромбокиназани киритган. Бу препаратларни оптимал куллаш муддати, муаллиф томонидан операциядан кейинги даврнинг 3-4 суткаси деб хисобламоқда, яъни бу давр ичида мезотелиал битишмалар ривожланиши бошланади.

Маълум бир таткикотларда перспективалар туқимали плазминоген активаторини куллаш таклиф қилинган, чунки корин ичи адгезиясига купинча фибринолиз бузилиши сабаб булади [108,99]. Бир катор таткикотчилар фикрига кура [35,46,70,106], туқимали плазминоген активаторлари ва гепариннинг кам дозалари корин ичига юборишда, десерозлашган жойлардан кон оқишини чақирмайди ва битишмалар келиб чиқишига тускинлик қилади[101].

Охирги йиллари, корин бушлигида утказилган операциялардан кейин аъзолар десерозлашган юзаларини чеклашга қаратилган таткикотларга кизикиш купайган. Бир катор ишларда юқори молекуляр декстранларни корин ичига юбориш самарадорлиги урганган. Операция пайти ёки ундан кейин декстранларни куллаш битишмалар пайдо бўлишини камайтиради, ҳамда 60 ва 70 молекуляр массадаги декстранлар таъсири паст молекуляр массадаги декстранларга нисбатан яхшироқ,[22,60, 61,141]хисобланади.

Бу фикрга айрим муаллифлар[130,133,140,] қушилмаяпти, уларнинг тез корин бушлигида сурилиши туфайли декстранларни куллаш самарасиз хисобламоқда. Муаллифлар битишма жараёнини олдини олиш келажаги-

бу жаррохлик мембранаси (политетрафлюороэтилен) ва интерсидни (оксигенли регенерацияловчи целлюлоза) куллашда куришмоқда [95,96,112]. Бошка муаллифлар табирича фосфатидилхолин ва карбоксиметилцеллюлоза яхши натижа беради деб хисоблашади [20,22, 45,97].Профилактик мақсадларда аллопластик тусиклар ва ауто трансплантатларни[116],индифферент пленкаларни[10,126,129] куллашни тавсия қилмоқдалар. Яра юзаларининг бир-бирига ёпишишига йул бермайдиган воситаларни куллаш, юкори профилактик таъсири тامينлайди. Бу каби профилактик воситаларни агрегат ҳолати буйича таснифлаш мумкин.

Демак профилактик воситалар куйидагилар: Газлар,аэрозоллар,суюкликлар,геллар каттик моддалар(пленка, мембрана, мосламалар) гуруҳларга булинади.Бу соҳадаги энг самарали юкори биологик инертликка эга целлюлоза эфирларидан иборат (метилцеллюлоза, натрий-карбоксиметилцеллюлоза) эритма ва мембраналарни куллаш хисобланади [81,109]. Лекин декстранлар эритмалари корин бушлигидан тез элиминация қилишади, бу эса уларни кайта киритишни талаб этади, пленкалар эса механик кузгатувчи хисобланади, улар ҳам зарарланган корин парда, ҳам соғломини асептик реакциясини чақиради. Филенко, Б.П. фикрига кура [81] корин бушлиги операциядан кейинги жараённи профилактикаси мақсадида, куюклашган индифферент субстанцияларни корин ичига юбориш самарали хисобланади [111,117]. Зарарлангандан сунг, келиб чиккан маҳаллий патологик ҳолатлар кучига кура, нуксон тезда мезотелизацияга учраши мумкин, ёки битишма пайдо булиши бошланиши мумкин. Мезотелиал коплама нуксонини бартараф этиш учун асосий манба – перитониал экссудатни полипотент хужайралари, кушимча эса –учок кирраларини пролиферацияловчи хужайралардир[79,92,97]. Корин экссудати протеолитик ферментлари, табиий фибринолитик тизимлар, тикланган перистальтика таъсирида майин битишмалар заифлашади. Айрим

холатларда перистальтика тикланиш вақтига етилган организационлашган битишма мавжудлиги ва антиадгезив механизмларни фаоллашида, унинг тулик сурилиши амлий жихатдан номуносиб хисобланади. Корин катакчалари деперитонизациялашган қисмларини битиши морфологик хусусиятлари, яъни силлик туташтирувчи туқимали битишмага ёки бурган битишмалар пайдо бўлиши ахамиятлидир[23,87]. Шунинг учун куп битишма пайдо бўлишида айрим беморларнинг индивидуал мойиллиги масаласи мавжуддир.

Романовский В.Г.хаммуал билан [64] тақидлашича, зарарланган корин парда қисми фибринни юпка қавати билан қопланади. Катта ёғ пардаси корин парда деструкция томонига силжийди ва мезотелиоцитларни ишлаб чиқади, улар корин парда нуксонни бутун узунлиги бўйлаб фибрин қопламларини қоплайди. Кейин фибрин қушувчи туқимага утади ва мезотелий билан қопланган чандик (битишма) пайдо бўлади. Битишманинг морфологик асоси фибробластлар билан синтезлашган коллаген толалар ташкил қилади. Коллогенозни бошланиш механизми гипоксия хисобланади, у корин пардада микроциркуляция бузилиши натижасида келиб чиқади. Гипоксия фибробластларни стимуллаштиради, улар эса коллагенни синтезлайди. Битишма пайдо бўлиш жараёни 3-4 ой давом этади, бунда битишмалар васкуляризация, иннервацияга учрайди ва мезотелий билан қопланади[10,33,36]. Агар корин парда аввалдан иммуностабил адекват холатда бўлса, унинг нуксонлари бутун юза бўйлаб тезда мезотелиоцитлар билан қопланади ва усади, бу жойга катта қарви перитониал экссудати билан перисталтик ҳаракати натижасида индукциялашади. Корин ичига қулланилган куп сонли моддалар ичида, охириги йиллари антикоагулянтлар, ферментли препаратлар ва кортикостероидлар уз эътиборини жалб этмоқда. Антикоагулянт препаратларни (гепарин, фибринолизин, поливинилпирролидон), ҳамда ферментли препаратларни (стрептокиназа, гиалуронидаза) сандостатинни [58] қуллаш корин

бушлигида фибрин микдорини камайтиришга асосланган [24,38], стероид препаратларни куллаш эса (кортизон, гидрокортизон) уларнинг мезенхимал тукума пролифератив фаоллигини пасайтириш кобилияти билан боғлиқдир [83,84,85,117,124,131], грануляцион ва чандикли тукума келиб чиқишини ушлаб қолишади, бу эса корин ичи битишмаларини пайдо бўлишини секинлаштиради [139].

Адабиётларда келтирилган маълумотларига кура, абдоминал жаррохликда битишма касаллигини олдини олиш муаммоси энг долзарбларидан бири хисобланади[32,75,88]. 400 тадан куп битишма касаллигини бирламчи ва иккиламчи олдини олиш турли хил услублари маълум [63,124], аммо уларни амалиётда куллаш керакли натижаларни бермоқда дейиш фикридан узокмиз. Интестинопликация хам узини окламади [19,87]. Битишма касаллигининг олдини олишни энг яхши услубларидан бири еюностомадан оркали зонд билан ингичка ичакни узок шиналаштиришдир [105]. Муаллиф 50 та беморда ижобий кечиш кузатган, кейинги муддатларда уларга кайта оператив аралашув керак булмаган.

Хозирги пайтда ингичка ичакни шиналаштириш кенг кулланилмоқда[28,106,141]. Турли хил зондлар кулланилмоқда, шу жумладан куп сонли ён тешикли силикон зондлар, хамда атоксин синтетик оксилдан иборат ичак трубкаси[5,55,54]. Хозирги пайтда уткир ичак тутилишида интубация ва декомпрессиясини куп сонли услублари таклиф этилган [113]. Коидага кура, муаллифлар уларни маълум услубларига алтернатив хисоблашади [53,54,93,134]. Ичакни барча интубация услублари ёпик [79,83,87,113] ва очикга булинади.Куйидаги ичакни очик интубация усублари фаркланади: антеградли-трансназал интубация [95,102,107], гастростома оркали [112], юкори энтеростома оркали [110], ретроградли- трансанал интубация [21], цекостома оркали [118], аппендикостома ва илеостома оркали [64]. Адабиёт маълумотларига кура барча интубация ва декомпрессия усублари уткир ичак тутилишининг турли хил шакллари, стадия ва асоратларида кулланилиши мумкин

[59,75,86,114,140,]. Утқир ичак тутилишини оператив даволаш ва битишмаларнинг олдини олиш натижаларини яхшилаш самарали йулларидан бири—бу лазерли техникани куллашдир, унинг бутун арсенали юкори ва паст интенсив нурланиш манбаларига булинади[24,136,137,140]. Юкори энергетик лазерни куллашнинг асосий афзаллиги —уларнинг консизлиги, стериллик, утказилган кесимлар абластиклиги, ҳамда вирусли инфекциялар билан зарарланиш хавфи пастлигидир[52, 72,82].

Корин бушлиги аъзоларида операциядан кейинги битишмаларни олдини олиш самарали услуби – бу нурлантирувчи 3К ёрдамида (нурлантириш керамика маркаси, тулкин узунлиги 20- 22,5мкм) 13 дақиқа давомида интраоперацион инфракизил нурлаш, перитонит мавжудлигида хар куни 10 дақиқали операциядан кейинги яра сохасини биринчи 6- 7 кун давомида ГЛ нурлантирувчи ёрдамида нурлаш(нурлантириш керамика маркаси, тулкин узунлиги 6,4-8,2мкм) [24].

Бир катор татқиқотчилар фикрига кура [63,122], одам корин бушлигидаги битишма жараёни, аутоиммун компонентли кушувчи туқимани тизимли патологиясининг намаёндаси хисобланади. Шу билан бирга корин ичи битишмаларга юкори мойиллик, юкори сезгирлиги секинлашган тип реакцияси сифатида курилади[43,45].Зарарланган корин пардасида яллигланиш жараёни узок вақтга чузилади, унда дегенератив ва кенг узгаришлар бошланади, натижада фермент тизимлар нисбийлиги бузилади, корин парда антикоагулянт ва фибринолитик хусусиятларини йукотади, профибринолизин фаоллашуви бошланмайди, протеолиз ҳам бузилади ажралган фибрин стабиллашади, унга фибробластлар чукади ва фибринолизли копламлар организацияга учрайди. Демак, тез битишма пайдо булишига индивидуал мойиллик купрок корин пардани аутоиммун зарарланиши билан боғлиқдир, камрок унинг аллергик сезувчанлиги, яъни операция сенсбилизациялашган организмни носпецифик акти деб хисобланади. Шунинг учун бу масала битишма касаллигини бир катор прогнозлаш услубларини ишлаб чиқиш майдончаси булади. Хаммага

маълум, туташтирувчи тизим асосан организмни таянч ҳаракат, трофик,репаратив, регенератив функцияларини бажаради ва унинг барча биоэнергетик резервациялар стромасини ташкил қилади. Инсон танасининг 80% оғирлиги қушувчи туқима ва унинг маҳсулотларидан иборатдир [48,51,69]. Организм турли хил патологик ҳолатларида ҳам аналогик пропорция ҳам қузатилади. Корин парда туқик қушувчи туқимадан иборатдир. Шунинг учун корин бушлиги аъзоларини патологик ҳолатларида, битишма пайдо бўлиш жараёнида корин парда реакцияси катта аҳамиятга эга. Лекин у организмни иммун ҳолати, унинг сенсбилизацияси, беморларнинг ёши, йулдош касалликлари мавжудлиги, микроциркуляция ва бошқа ҳолатда узғариши мумкин. Сузсиз тез битишма пайдо бўлишига беморларда мойилликни аниқлаш, асосан корин парда – қушувчи туқима метаболик фаоллигини бузилиш мезонларига асосланиши лозим, улар қуп битишма пайдо бўлишига асос яратишади [51].

Маълумки корин парда қушувчи туқимани бутун ва қуп улчовли қатор тизимли элементларидан иборатдир-қоллаген ва эластик толалар, хужайралараро бушлик ва турли хужайралар, улар унинг функционал фаоллигини таъминлайди. Улар орасида энг типик фибробластлар ҳисобланади, улар жумладан гликопротеин оксилени синтезини генерация қилишади–қоллаген, специфик аминокислалар йигиндисидан иборат(45). Охиргиларнинг гидроксильацияси факат фибробластларда бўлиб утади. Бу жараён қоллаген синтези ва уни уртадаги моддага ажралиши учун лозимдир, кейинчалик фибриллогенез ёрдамида комплектация учун. Туташтирувчи толаларнинг бу босқичида, оксипролин даражаси ва қоллаген синтези уртасида аниқ тугри қорреляция қуринади. Корин ичи битишмаларни шаклланишида, қуққан фибринли ажралмаларни мезотелизация жараёнлари ҳам катта аҳамиятга эга. Адабиёт маълумотларига қура, бу ҳолат корин парда нуксонни қирраларидан мезотелий уқиш ҳисобига бўлиб утади [23]. Лекин,қатта қарви митотик фаоллиги қуқлиги ва корин бушлигига етилган мезотелиоцитларни

ажралишини инобатга олса, охиргиларни фибрин чуқмалар юзасига имплантацияси тугрисида айтиш мумкин, ҳамда уларнинг мезотелизация жараёнини тезлашади. Бу ҳолатни организмда ривожланадиган эндоинтоксикация ҳам тезлаштиради. Шундай қилиб, корин ичи битишмалар бир бирига хос коллагенни синтезлаш ва булакланиш жараёнлари билан ифодаланadi ва бу ҳолат организмдаги интоксикация билан боғлиқ(134) . Эндоинтоксикация эса қушувчи туқиманинг дез- ёки реорганизациясини чуқурлаштиради. Шунинг учун, интоксикациянинг чуқурлиги коллагенни жадал секретлашга боғлиқдир ва бу асосда корин ичи битишмаларнинг шаклланиш жараёнини кучайишига олиб келади [10,58,103]. Грануляцион-фиброз жараёнларда, яъни коллаген куп микдорда ишлаб чиқарилади ва қисман булакланади, кондаги интоксикация чуқурлигига боғлиқ ҳолда эндоинтоксикация кучайишига олиб келади[36,90,91,140,]. Биологик воқаларда эндоинтоксикацияни кучайиши фақат коллаген булакланганда пайдо булади, шунинг учун эндоинтоксикация мезонларини аниқлаш, яъни куп касалликларда қушувчи туқиманинг синтезлаш ва дезорганизациялаш жараёнлар фаоллигини ифодалайди [129]. Адабиётларда оператив аралашувдан сунг бу субстанциянинг кон зардобида юқорилиги тугрисида маълумот мавжуд [77,95,99], ҳамда битишмалар ичак тутилишига учраган кишиларда[102]бундай ҳолат куп учраган.

Абдуллин С.Г фикрига қура [3], беморларда тез битишма пайдо булишида индивидуал мойилликнинг ахамияти катта ва қушувчи туқиманинг метаболик фаоллик даражасини аниқлаш зарур деб ҳисоблайди. Ишончли биокимёвий усул –бу кондаги эркин оксипролин микдорин даражасини аниқлаш ҳисобланади. Унинг микдори 25-30%га қурайиши, битишма касаллигига беморларни мойиллигининг ишончли прогностик мезони сифатида хизмат қилади. Операциядан кейинги даврнинг биринчи хафтасида фақат кондаги оксил боғловчи оксипролин даражасига қура, корин бушлиги аъзоларида операциядан сунг

битишмаларнинг пайдо булиши жадаллашганлигини прогнозлаш имконини беради.

Шундай килиб, юкорида келтирилган адабиёт маълумотлари таъкидлашмоқдаки, мухим информатив курсатгичлардан бири, яъни кушувчи тукима метаболизми бузилиши даражаси ва унинг куп битишма пайдо булишига мойиллигини ифодаловчи, коллаген специфик « маркери» нинг микдор даражасини конда аниклашда хизмат киладиган мезонлардан бири организмда юзага чиккан эндоинтоксикациянинг огирлик даражасини аниклашдир. Лекин, хозирги пайтгача адабиётларда БК ва УБИТни прогнозлашда ишончли услуб сифатида лейкоцитлар индекси буйича таткикотлар етарли утказилмаган, бу эса катта кизикиш уйготмоқда, бу йуналишда махсус таткикот утказиш зарур. Келтирилган адабиётлар тахлили, корин бушлиги битишмаларини пайдо булишини олдини олиш муаммосининг долзарлигидан далолат беради. Битишма касаллиги муаммосининг ечимини хал килишда куп тажриба ва таткикотлар олиб борилаётганлиги бу муаммонинг долзарблигидан далолат беради.

Шундай килиб, юкоридагиларни инобатга олган холда, биз бу йуналишда таткикотларни давом эттириш лозим деб хисоблаймиз, бу муаммо билан шугулланувчи жаррохларга амалий ёрдам бериш максатида, биз битишмаларни прогнозлаш учун эндоинтоксикациянинг огирлик даражасини аниклаш оркали ва битишмаларни профилактика килиш усуллариини такомиллашда мезогельнинг ахамиятини курсатишни махсад килдик.

II БОБ. Илмий ишнинг материаллари ва текшириш усуллари.

2.1. Илмий ишнинг материаллари.

Диссертацион иш 2010 йилдан 2015 йилгача Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмаси жаррохлик бўлимларига тушган ва даволанган 65(100%) битишма касаллигига учраган беморларни текшириш ва жаррохлик даволаш натижаларига асосланган.

Беморларнинг жинси бўйича тақсимланишига кура, уларнинг купчилиги аёл жинсли бўлган-41 (63%), эркаклар эса -24(37%) (жадв.2.1).



Беморларнинг ёшига караб тақсимланишига кура 16 ёшдан 80 ёшгача улардан 73,2% (46) меҳнатга лаёқатли аҳоли ташкил қилган, бу эса муаммонинг ижтимоий аҳамияти тугрисида далолат беради.

Беморларни жинси ва ёши буйича тақсимланиши

Жадвал 2.1

Беморлар ёши	Эркаклар сони	%	Аёллар сони	%
16 ёшдан 20 ёшгача (усмир)	6	25%	10	24,5%
21 ёшдан 60 ёшгача (етук)	10	42%	20	48,7%
60 ёшдан 80 ёшгача(қари)	8	33%	11	26,8%
Жами:	24	100	41	100,0

Улар орасида шаҳар аҳолиси -43 (66,9%)тани, қишлоқ жойларда яшовчилар эса -22(33,1%) ташкил қилди. Қасалликни ижтимоий-гигиеник таъминотини аниқлаш учун, УБИТга учраган беморларнинг қасби ва шугулланиш тури буйича таҳлил ўтқазилди ва жадвал 2.2. келтирилган.

Жадвал 2.2

Таққот ўтқазилган беморларнинг қасбига қараб бўлиниши

№	Қасби ва меҳнат тури	Беморлар сони	%
1	Ишчилар	30	45,95%
2	Хизматчилар	4	6,08%
3	Ўқувчилар	13	20,94%
4	Вақтинча ишсиз ва уй беқалари	18	27,03%
Жами:		65	100,0

Беморларда, корин бушлиги ва кичик тос аъзоларида олдин бажарилган турли оператив аралашувлар булган. Аввал бажарилган операция турлари купинча корин бушлиги аъзоларининг бирламчи сабаблари булиб хисобланган: уткир аппендицит, корин бушлиги аъзоларининг жароҳатлари, ошказон ва 12-бармок ичакнинг перфорацияси ҳамда уткир деструктив холецистит (жадв.2.3.)сабабчи булганлар.

Жадвал 2.3.

Утказилган операцияларнинг хилларига караб беморларнинг таксимланиши.

№	Касалликларнинг тури	Беморлар сони	%
1	Уткир деструктив аппендицит	7	10,14%
2	Корин бушлиги аъзоларининг жароҳатлари	11	17%
3	Ошказон ва 12-бармокли ичакнинг перфорацияси	19	29,05%
4	Уткир деструктив холецистит	21	32,3%
5	Гинекологик касалликлар	7	10,81%
Жами		65	100,0

Кайд этиш лозимки, УБИТли барча текширилган беморларда бирламчи операция бажарилган пайти, аъзонинг деструктив жараёни ёки бушлик аъзолар жароҳати каторида, турли даражада таркалган перитонит мавжудлиги аниқланган. Балки шунинг учун ҳам барча текширилган беморларда аввал бажарилган оператив аралашувлар, албатта корин бушлигини дренажлаж билан тугаган: битта, иккита, учта ёки туртта дренажлар куйилган.

Жадвал 2.4.

Беморларнинг булган операциясига караб таксимланиши.

№	Операция хиллари	Беморлар сони	%
1	Аппендэктомия	7	10,14%
2	Ингичка ва йугон ичак жарохатини тикиш	11	17,2%
4	Ошказон ва 12 бармокли ичакнинг тешилган ярасини тикиш	19	29%
5	Холецистэктомия	21	32,4%
6	Гинекологик операциялар	7	10,81%
Жами		65	100%

Юкорида келтирилган жадвалларга кура,корин бушлигининг ифлосланиши корин бушлигига битишма жараёни ривожланишида мухим рол уйнайди, чунки олдиндан битишма жараёни келиб чикиши учун асос яратган. Текширилган беморларнинг касаллик анамнези батафсил йигилганда, УБИТ билан тушган беморларнинг 30таси (46,1%) аввал битта операция утказган, 17таси (26,1%) иккитадан, 8таси (12%) учтадан ва 10таси(15,8%) турттадан операция утказган. Охирги операциядан УБИТнинг hozirги хуружигача утган вакт 1йилгача -22 холат (33,9%), 3 йилдан 10 йилгача -10 (16,2%), 11 ва ундан куп йил -6 (10,1%)ни ташкил килган.

Стационарга тушган беморларда УБИТнинг диагностикаси касалликнинг умумклиник манзарасига, лабаротория текширувлар, рентгенологик, ультратовуш ва эндоскопик текширув усуллари

маълумотларига асосланади.УБИТнинг эрта диагностикаси 57та (87,9%) беморда аниқланган (тушгандан сунг 3 соат ичида), 8та (12,1%) касалликнинг клиник манзарасининг билинмаслиги ва атипиклиги (6-8 соатдан сунг)аниқланган.

В.С.Савельев клиник амалиётга тавсия этган таснифга амал килган холда(1996), УБИТ билан беморлар касалликнинг куйидаги боскичларида келиб тушишган: 1-чи боскичда 23та (35,81%), 2-чи боскичда- 27та (41,89%) ва 3-чи боскичда 15та (22,3%).

Жадвал 2.5.

УБИТнинг боскичлари буйича беморларнинг тақсимланиши

Касаллик боскичлари	Касаллик бошланишидан кейин утган вақт	Беморлар сони	%
1 бошлангич	2 соатда 12 соатгача	23	35,81%
2 оралик	12 соатдан 36 соатгача	27	41,89%
3 кечки	36 соатдан ва ундан куп	15	22,3%
Жами		65	100,0

Илмий изланишнинг олдида куйилган мақсад ва вазифаларига кура, УБИТ билан барча беморлар 2та текширув гуруҳга булинган: 1(назорат) гуруҳи умум қабул килинган традицион даволаш олган 25та (38,46%)бемор, 2-чи асосий гуруҳни 40та (61,54%) бемор ташкил килди. Уларни даволаш такомиллаштирилган усул буйича утказилган ва ичак лаважи, энтеросорбция кулланилган.

Беморларни даволаш усуллари буйича булиниши.

Беморлар гурухи	Даволаш методикаси	Беморлар сони	%
1(назорат) гурухи	Анъанавий даволаш усули	25та	38,46%
2(асосий) гурух	Такомиллаштирилган усул буйича энтерасорбция ва мезогель куллаган холда	40та	61,54%
Жами		65	100,0

Иккала гурух беморлари ҳам ёши, жинси, асосий ва йулдош касалликларининг огирлиги ва бажарилган операциялар характери буйича бир бирига мосдир.

Текширилган 1 гурух (таккослаш) УБИТ билан беморларни анаънавий даволаш куйидаги тадбирлар комплексини бажаришдан иборат, улар уткир ичак тутилишини (УИТ) бартараф килишга ва гомеостаз бузилишларининг коррекциясига каратилган: мақсадли йуналтирилган гидроион баланси ва кислотали-асосий холатни коррекцияси ва детоксикацион терапия, ичак моторикасини дори дармонлар билан стимуляция килиш, назогастрал зонд билан ошказон ичак тизимини декомпрессия килиш, паранефрал ва перидурал камал ҳамда сифон хукнаси бажарилган. Консерватив терапиянинг мезони сифатида унинг давомийлиги эмас, унинг бажарилиш самараси хисобланади, яъни УИТни бартараф килиш хисобланади.

Шошилинч оператив даволашга консерватив давоининг самарасизлиги ёки уткир перитонитнинг ривожланиши курсатма булади. Бу ҳолатларда 3 соат давомида утказилган консерватив терапия операция олди превентив тайёргарлик ҳисобланган.

Юкорида курсатилган комплекс даволаш тадбирлари билан беморларни операция қилишнинг асосий максади:

- УБИТнинг сабабини бартараф қилиш,
- Ингичка ичак туткичи илдизини новокаинли камал қилиш.
- Биз томондан такомиллаштирилган назоэнтрал зонд билан ингичка ичакни трансанал тотал интубацияси, йугон ичакни трансректал интубация қилиш,
- Перитонит мавжудлигида корин бушлигини санация қилиш ва дренажлаш.

Операция усулини ва ҳажмини танлаш, тусикнинг жойлашиш жойига, касалликнинг уткирлиги ва шакли, ҳамда беморларнинг умумий ҳолатининг оғирлигига қараб аниқланди. Барча операциялар эндотрахеал куп компонентли наркоз остида бошқарувчи нафас билан бажарилган. Назорат гурихидаги беморларни традицион даволашдан фарқлироқ, УБИТли 2 (асосий) гуруҳ 40та беморда даволаш такомиллаштирилган усул бўйича утказилди ва даволаш тадбирлари алгоритми ишлаб чиқилади. Такومиллаштирилган даво тадбирлар комплекси қуйидагилардан иборат:

-Битишма пайдо бўлишининг олдини олиш максатида, корин бушлигига битишмага қарши аралашма юбориш. Биз бу борада клиникада янги таклиф қилинган аралашма: 100мл 0,25% новокаин эритмаси, 0,8% метилурацил + 125мг гидрокортизон + 20000ЕД фибринолизин ва мезогель 250мл , аралашмаси билан операция охирида корин бушлигининг ҳамма қисмлари ҳулланади ва корин бўлигига қуйилган дренаж найлар 4-5 соатга беркитиб қуйилади.

-Ичак деворидаги микроциркулятор бузилишларни коррекцияси учун, назоэнтэрал зонд оркали антигипоксанти ва антиоксиданти хусусиятга эга препаратни киритиш (аллопуринол);

-эндогенинтоксикацияни камайтириш учун энтеросорбция кулланилди.

2.2 Текшириш усуллари

Барча беморларда стационарга тушгандан сунг ташхислаш алгоритми буйича ва кейинчалик, текширув боскичларида, умум кабул килинган клиник текширув усуллари кулланилган, албатта оддий текширув усуллари инобатга олган холда, улар куйидагилардан иборат: беморнинг шикоятлари, хаёти ва касаллик анамнезини аниклаш, объектив куздан кечириш ва локал статус маълумотлари, периферик ва марказий гемодинамика курсаткичларини аниклаш, ЭКГ ва бошка клинко-биохимик текширувлар утказилди.

1. Лаборатор текширув усуллари.

УБИТ билан беморларни клинко-функционал холатини бахолаш учун умумий оксил (биурет реакция), мочевина (диацетилмонооксим билан рангли реакция) креатинин (Яффени рангли реакцияси), колдик азот (S.M.Rapaport ва Эйх Горн), кондаги канд (H.C.Hagedorn ва B.N. Jensen буйича), билирубин (Ван ден Берг ва K. Jendrassik буйича), кон ферментлари –АЛТ, АСТ (Райтман, Френкел усули буйича) микдори, хамда кон плазмасини электролитлари –калий, натрий (ППФ УНИИЗ аппаратида плазма фотометрия), бу касаллик динамикасини аниклашда яллигланиш фаоллигининг тести сифатида ишлатилади.

2 Асбоблар билан текшириш усуллари

Беморларни умум кабул килинган текширув усулларида ташкари, яъни шиклоятларини аниклаштириш, анамнез йигиш, беморларни

объектив куздан кечириш, текширилаётган барча гурух беморларида утказилди: кон ва сийдикни умум клиник текширувлари, биокимёвий текширувлар, корин бушлиги аъзоларининг обзорли рентгенологик текширувлари, ЭКГ. Керак курсатмалар булганда, махсус текширувлар кенг кулланилган(УТТ,ЭФГДС, ирригоскопия ва бошк.).

Корин бушлиги обзорли рентгеноскопияси ва рентгенографияси беморларда УБИТни аниклашда амалий жаррохликда энг кенг кулланилади. Бу усулни УБИТни аниклашда ижобийлигини курсатиб, касаллик манзараси ноаник булганда ошказон-ичак трактини (ОИТ) контрастли рентгенологик текширувига мурожаат киламиз.

ОИТни контрастли R-графия методикаси. УБИТ клиник манзараси ноаник беморлар тушганда , корин бушлиги аъзолари манзаравий R-графияси утказилгандан сунг, суюк барий аралаштирмасдан 200мл ичилтирилди ва ОИТ буйича контраст моддани харакатланиши куздан кечирилди. Кейин 3 соат интервал билан беморларга R-графия бажарилди. Контраст харакатланиши учун, барий совук сувда эритилди.

Текширувнинг бу тугрисида куйидаги рентгенологик белгилар диагностик ахамиятга эга: ошказоннинг кенгайиши унда суюклик йигилиши билан, тусик жойидан юкорида ингичка ичак кисмларини ифодаланган дилатацияси уларда суюклик ва газ йигилиши билан, кундаланг жойлашган шишган Креклинг каватчаларини контрастлашиши. Куп сонли деформация ва битишмаларга гумон килинганда, ингичка ичак кисмларидан иборат конгломерат куриниши мумкин. Айрим холларда мухим белгилар хам аникланиши мумкин-тусик ёнида ичак кисмини фиксацияси, маълум жойда ичакнинг торайиши, ингичка ичак буйлаб барий моддасининг юриши секинлашуви ёки унинг йигилиши, Клойбер косачаларининг контрастланиши. Барча бу рентгенологик белгилар купинча УБИТнинг мавжудлигидан далолат беради. Бизнинг фикримизга кура бу текширувни камчилиги, ОИТни проксимал кисмида барий эритмасини

секин эвакуацияси, айрим холларда ичак кисмларини бир бирига кисилиши, бу эса ичак тутилишини аниклашда кийинчилик тугдиради. Бу камчиликни бартараф этувчи, ОИТни зонд оркали контрастлашни куллаш мухим деб хисоблаймиз.

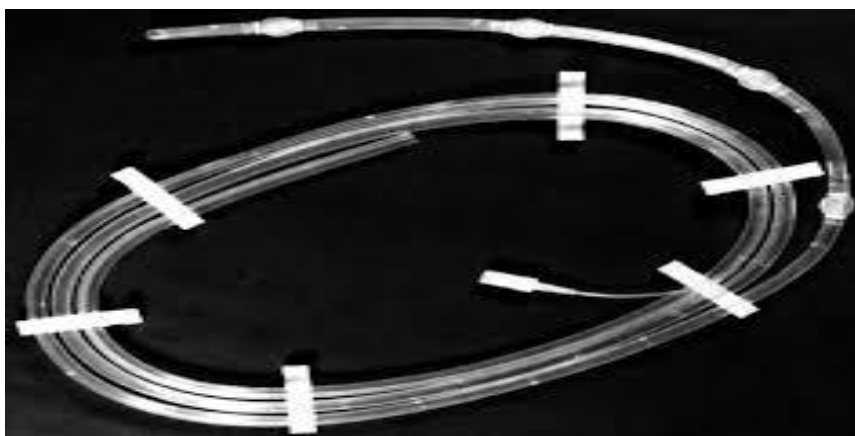
ОИТни зонд оркали контрастлаш. Бу текширувни бажариш учун, биз такомиллаштирилган назогастрал зонд кулладик, унинг учига рентгеноконтрастли металл шарик жойлаштирилди. Бурун оркали бу зонд киритилиб, ошказон махсулоти эвакуация килинди, сунг портатив рентгенмослама назорати остида зонд 12-бармокли ичакка утказилди (Трейц богламигача). Сунг зондга 10-12С⁰ совутилган 15% барий эритмаси юборилди (ичак перисталтикасини кучайтириш учун) 250мл. Контрастли модда транзитини динамик тарзда рентгенологик кузатуви 2 соат давомида ичак тутилиши жойлашган жойини аниклашга ёрдам берди. Текширув бажарилгандан ва жойлашган жойи аниклангандан сунг, зонд фаол аспирацияга кушилди, киритилган контрастли моддани олиш максатида ОИТни проксимал кисмларидаги токсик махсулотлари билан биргаликда суриб олинди.

УТТ текшируви. УБИТни ташхислаш, дифференциал ташхислаш ва эрта операциядан кейинги даврда даволаш жараёнида, биз кенг ультратовуш текширувидан фойдаландик.

Амалий жаррохликда ултрасонографияни куллаш кулайликлари-бу ноинвазивлик, оперативлик ва куп маротаба куллаш имконини беради. Айрим холларда, корин бушлиги УТТда тусик даражасида ичакни кенгайган ва тушган кисмлари орасида чегарани фарклаш имконини беради. Бошка инструментал текширув услубларини (ЭФГДС,КТ) куллаш лозим курсатмалар булганда беморларга утказилган.

Ичакни босимини улчаш. УБИТ ривожланишида ичак найи буйлаб эвакуация бузилишига, ичак ичига анча секреция кучайиши билан махаллий трофик бузилишларга хам олиб келади, тусик жойи устидан ичакдан сурилиш анча камаяди, бу эса ичак махсулоти стазига ва огир

интоксикация ривожланишига сабаб булади. Шунинг учун ЭИС билан курашганда, операция пайтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам ошказон-ичак трактидан туриб колган махсулотни эвакуация қилиш муҳим аҳамиятга эга. Бунинг учун барча назорат гуруҳи беморларига, ичак тутилиши манбаи йук қилингандан сунг, оператив аралашув пайти биз такомиллаштирган зонд (расм.2.1.) билан ингичка ичакни трансанал тотал интубацияси утказилди (шинанаштириш). Бир қисм беморларда назоинтестинал ва трасректал интубация қилинди.



Расм.2.1. Ошказон ичак тизимини декомпрессия қилиш учун ишлатиладиган энтерал зонд.

2.3. Текшириш материалларини статистик таҳлил қилиш

Текширишлар жараёнида олинган натижалар ва маълумотлар статистик таҳлил қилинди. Ҳамма анамнестик, клиник ва асбоблар ёрдамида олинган маълумотлар вариацион статистик усулида таҳлил қилинди. Ҳар бир параметрлар сони учун аниқланди: уртача миқдори (M), уртача квадрат сони (δ), уртача хатолик курсаткичи (m), уртача параметрик маълумоти Стьюдент критерияси буйича (P) жуфтлик усулида 2 гуруҳларни таккослаб коррекцион таҳлил қилинди. Улар оралигидаги белгиларнинг фарқини P -стандарт критериясини аниқлаш билан амалга оширдик. Гуруҳлар орасидаги фарқ $P < 0,05$ (95% аниқлик) ва $P < 0,01$ (99% аниқлик) булганда статистик фарқ аниқ деб ҳисобланади. Ана шу олинган маълумотлар асосида диаграммалар, гистограммалар тузилди.

III БОБ. Битишмали ичак тутилиши билан анънавий даволанган беморлар ва битишмалар профилактикаси натижалари.

3.1. Таккослаш гурухи беморларда УБИТнинг ташхиси.

Илмий изланишни олдига куйилган максоди ва вазифаларидан келиб чиккан холда 25та битишмали ичак тутилиши билан беморларнинг Самарканд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг хирургик булимларида 2007-2015йилларда даволанган беморларнинг натижалари урганилди. Купчилик беморларни аёллар-17та (67,69%), эркаклар-8та (32,31%) эканлиги аниқланди. Беморларнинг ёши 16ёшдан 80ёшгача булганлиги аниқланди ва шулардан меҳнатга лаёқатли (20-60ёшгача) 20та (82,4%) кишиларда эди.

Жадвал 3.1

Беморларнинг ёши ва жинсига қараб бўлиниши

Беморлар ёши	Эркак		Аёллар	
16ёшдан 20 ёшгача	1	19,05%	1	9,09%
21ёшдан 60ёшгача	6	79,19%	15	88,64%
60ёшдан 80гача	1	4,76%	1	2,27%
Жами	8	100,0	17	100,0

Улардан шаҳар аҳолиси 17та (67,69%) ва қишлоқда яшайдиганлар 8та (32,31%)ни ташкил қилади. Қасаллик анамнези йиғилганда УБИТга олиб келувчи сабаблардан бири қорин бушлигида утқазилган ҳар хил оператив ҳолатлар эканлиги аниқландики: Деструктив утқир аппендицит, қориннинг ёпик ва очик жароҳатлари қорин бушлиги аъзоларининг шикастланиши билан, ошқазон ва 12-бармоқли ичак ярасининг перфарақияси, утқир деструктив холициститлар, қичик чанок бушлигида утқазилган операциялар

Корин бушлиги аъзоларининг оператив даволанган касалликлари буйича тақсимланиши.

№	Касалликлар тури	Бемор	
		сони	%
1	Уткир деструктив аппендицит	5	20%
2	Корин бушлиги аъзолари жарохати	7	28%
3	Ошказон ва 12-бармокли ичак яраси перфорацияси	6	24%
4	Уткир деструктив холицистит	4	20%
5	Гинекологик касалликлар	3	12%
Жами		25	100,0

Таккослаш гурихидаги беморларнинг деярли барчасида биринчи операция килинишга сабабчи булган касалликлардан: корин бушлиги аъзоларининг уткир хирургик касалликлари ва перитонитнинг хар хил турининг огирлик даражаси

Уткир битилшмали ичак тутилиши билан олдин утказилган операция хиллари.

№	Оператив аралашувлар хили	Сони	%
1	Аппендэктомия	5	20%
2	Ингичка ва йугон ичаклар жарохатини тикиш	4	16%
3	Ингичка ичак резекцияси ва ЭЭА(ёнма-ён ва учма-уч анастамозлар куйиш)	3	12%
4	Ошказон ва 12 бармок ичак ярасини тикиш	6	24%
5	Холицистэктомия	4	16%
6	Тубэктомия ва кистэктомиялар	3	12%
7	Жами:	25	100%

Келтирилган жадвалдан куришиб турибдики корин бушлигида битишма хосил килишда корин бушлигининг хар хил инфекциялар билан ифлосланиши мухим ахамиятга эга. Алохида эътибор килиш керакки беморларда 2та ва ундан куп хар хил йулдош касалликлар аникланган, шулардан хафакон касаллиги 3 (13%), меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллиги 2та(9,5%),умумий атеросклероз ва коронаракардиосклероз ва охирги йилларда сурункали гепатит купрок учрамокда.

Жадвал 3.4

Назорат гурухи беморларининг кушимча касаллик буйича таксимланиши.

№	Кушимча касалликлар	Беморлар сони	
		Сони	%
1	Гипертония касаллиги	5	20%
2	Меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллиги	4	16%
3	Сурункали бронхит, эмфизема, пневмосклероз	3	12%
4	Прастата беги хавфсиз гиперплазияси	4	16%
5	Атеросклероз , коронарокардиосклероз	5	20%
6	Сурункали гепатит	4	16%
	Жами	25	100%

Амалиётда касаллик бошланишидан канча вақт утганлиги ва уткир битишмали ичак тутилишининг ривожланиши билан касалхонага тушган муддати мухим хисобланади.

Жадвал 3.5

Касалликнинг бошланишидан кейин стационарга тушган вақти буйича таксимланиши.

Беморларни стационарга тушган вақти	Беморлар	
	Сони	%
Бошлангич 6 соатда	2	8%
6 соатдан 12 соатгача	5	20%
13 соатдан 24 соатгача	4	16%
25 соатдан 48 соатгача	6	24%
48 соатдан юкори	8	32%
Жами	25	100%

Жадвалдан куриниб турибдики, касалхонага кеч келтирилган беморлар 8 (32%)ни ташкил килди. Касалхонага кеч мурожат килиш ва кечикиб операция килиш бта (25%) ва шулардан 2та киши хар хил асоратлар билан улган.

Таккослаш гурихидаги беморларнинг 11(47%)тасида таркалган перитонит аникланди ва шулардан купчилигини 50ёшдан баланд кишиларни ташкил килди. Келтирилган беморларда асосан сероз перитонитлар 5та(20%), сероз-фибрин 5(20%)беморларда, реактив фазаси 19та(36%), токсик бта(24%) беморларда ташхис куйилган. Текширилган беморлар гурухида В.С. Савельев (1996) таснифи буйича перитонитнинг I боскичи 9та (36%), II боскич 10та(40%), III боскич бта (24%) беморлар аникланган.

Жадвал 3.6

Беморларнинг УБИТнинг боскичлари буйича булиниши

Касаллик боскичи	Касалликнинг бошланган муддати	Беморлар	
		Сони	%
I бошлангич боскич	2 соатдан 12 соатгача	9	36%
II орalik боскич	12 соатдан 36 соатгача	10	40%
III кечки боскич	36 соатдан юкори.	6	24%
Жами		25	100%

УБИТнинг клиник манзараси жуда хам хар хил куринишда юзага чикишини хисобга олган холда, биз энг мухим клиник симптомларини ва уларнинг хар хил даврларга караб асбоболар билан текшириш натижаларини таккослашга карор килдик.

Касалликнинг I даврида клиник белгиларнинг курилиши

Касаллик симптомлари	Беморлар сони	
	Сони	%
Огриклар:	9	100%
- тулгоксимон	4	45%
- уртача симмиловчи	1	11,1%
-тулгоксимон танаффус билан ва даврий	3	33,3%
- кучли тулгоксимон	1	11,1%
Кусиш:	9	100%
- бир марта		
-енгил тортувчи	2	22,2%
-енгиллик келтирмовчи		
-куп такрорланувчи:	4	44,4%
-енгил тортувчи	1	11,1%
-енгиллик келтирмовчи	2	22,2%
Хожатнинг булмаслиги	9	100%
Боднинг чикмаслиги	9	100%
Корин дамлаши:	9	100%
-енгил	1	11,1%
- аник юзага чиккан	4	44,4%
- Аник,коринда ассиметрия холати	3	33,3%
- аник булмаган ассиметрия	1	11,1%
Ичак харакати:		
- йук	3	33,3%
- эшитилади	2	22,2%
- суюклик шарпаси	4	44,4%
Щеткина- Блюмберг белгиси	-	-

Ичакларда патологик товушлар:		
- аник		
- йук	4	44,4%
- якка-якка	5	55,5%
УЗИ(Корин бушлигида суюклик):		
- йук	5	55,5%
- бор	4	44,4%
Рентген текширув:		
- Клойбер косачалари	5	55,5%
- Ингичка ва йугон ичакларда пневматоз холати	4	44,4%
- контрастли-зондлаш	-	-

Жадвалдан куришиб турибдики УБИТнинг биринчи даврида асосан беморларда огрик (100%) доимий белги булиб, улар дард тутувчи огрик булган (45%). Огрикнинг даврий булиши ва унинг интенсив ривожланиши ичаклардаги тусикдан юкоридаги перистальтиканинг кучайиши ва ичак туткичининг таранглаши билан боғлиқ деб ҳисоблаймиз. Касалликнинг бошланиш пайтида огрикнинг лаколизацияси аник булган: Огрикнинг кориннинг юкори кисмида (76,2%) ва пастки кисмида (24%) холатларда кузатилган булса, кейинчалик кориннинг ҳамма кисмида таркалган. УБИТнинг кейинги доимий симптомларидан кунгил айниш ва кусиш (100%)да юзага чикканлиги кузатилиб, улар беморларда енгиллик бермаганлар. Куп марта кусишлар (44,4%) аникланиб, деярли (23%) холатларда енгиллик бермаганлар. Шунингдек беморларда кейинги симптомлардан ахлатнинг тутилиши ва боднинг чикмаслиги (100%) холатлари кузатилган. Курик пайтида ҳамма беморларда коринда дам борлиги аникланди, шулардан енгил дамлаш пастки ичак тутилишида (11,1%) аникланди. Ичак харакатининг бузилиши УБИТнинг муҳим

белгилардан булиб, кечки боскичларида ичаклар харакатининг сусайганлиги ва батомом шоллигининг кучайганлиги сабабли ичак харакатлари эшитилмаган.

УБИТнинг диагностикасида беморни умумий курик, коринни пайпаслаш мухим ахамиятга эга. Коринни пайпасланганда «сув шарпаси» белгисининг аникланиши (44,4%) ута мухим хисобланади. Бу белгини беморларга хукна килишдан олдин аниклаш зарур, чунки йугон ичакда колган суюклик бу симптомнинг аниклик даражасини пасайтиради. Шундай килиб касалликнинг биринчи бошланиш боскичида яъни илеус кичкириги деб аталадиган даврида беморларда дардли кучли огрик, куп марта кусиш хожат ва газ чикмаслик, кориннинг дамлаши ва патологик белги ;сув шарпаси; 75% беморларда кузатилган. Айни таккослаш гурихи беморларда асосан кусиш сув шарпаси белгиси, ичак харакатида патологик шовкин хосил булиши 75-76% беморларда кузатилди. Касалликнинг иккинчи даврида асосан эндоген интоксикация белгилари намаён булган. Бу ичак харакатининг бузилиши перитонит сабабли юзага чиккан. Перитонитнинг клиник ривожланиши 28% беморларда кузатилди.

Касалликнинг II давридаги клиник белгиларнинг курилиши

Касалликнинг симптомлари	Беморлар	
	Сони	%
Огрик:	10	100%
- Дардли огрик	8	80%
- уртача ёрилаётгандек		
- танаффус билан даврий огрик		
- жадал ва дардли огрик	2	20%
Кусиш :		
- бир марта	2	20%
- энгиллашувга олиб келувчи		
- энгиллашув кузатилмайдиган		
- Куп марта:	8	80%
- энгиллашувга олиб келувчи		
- энгиллашув кузатилмайдиган		
Хажатнинг тухташи	8	80%
Боднинг чикмаслиги	10	100%
Корин дамлаш:	-	-
- энгил	-	-
- аник	2	20%
- аник коринда ассиметрия борлиги	8	80%
- аник юзага чикмаган ассиметрия	-	-
Ичаклар харакати:		
- аникланмайди	6	40%
- эшитилади	2	20%
- сув шарпаси	2	20%
Щеткин- Блюмберг белгиси	10	100%

Ичакларда патологик шовкин:	-	-
- аник	8	80%
- аникланмайди	2	20%
- битта-битта		
УТТ(корин бушлигида суюклик борлиги):		
- аникланмайди	2	20%
- бор	8	80%
Рентгенологик текширишлар:		
- Клойбер косачаси	8	80%
- ингичка ва йугон ичакда пневматоз холати	2	20%
- контрастли-зондлаш	8	80%

УБИТнинг бу даврида клиник манзарасининг юзага чиқиши биринчи даврга нисбатан анча аник булган. Бу даврда ҳам доимий белгилардан деярли ҳамма касалларда дардли огрик (80%) булган. Бу даврда яна муҳим белгилардан куп марта такрорланувчи қусиш (80%), ахлотнинг чиқмаслиги ва боднинг тутилиши (100%) аникланган. Беморларда корин асимметрияси (80%), уртача корин дамлаш (100%) кузатилган. Шундай қилиб касалликнинг II даврида эндоген интоксикация белгилари аник ривожланган. Касалликнинг III даврида касалхонага тушган беморларнинг (22,4%) да уткир перитонит ривожланиб паринхиматоз аъзолар етишмовчилиги юзага чиққан.

Жадвал 3.9

Касалликнинг III давридаги клиник белгиларнинг курилиши

Касалликнинг симптомлари	Беморлар	
	Сони	%
Огрик:	6	100%
- Дардли огрик	4	66,7%
- уртача ёрилаётгандек	-	-
- танаффус билан даврий огрик	-	-
- жадал ва дардли огрик	2	33,3%
Кусиш :	6	100%
- бир марта	4	66,7%
-енгиллашувга олиб келувчи	-	-
-енгиллашув кузатилмайдиган	1	16,7%
-Куп марта:	5	83,3%
-енгиллашувга олиб келувчи	-	-
-енгиллашув кузатилмайдиган	5	83,3%
Хажатнинг тухташи	6	100%
Боднинг чикмаслиги	6	100%
Корин дамлаш:	6	100%
-енгил	-	-
- аник	-	-
- аник коринда ассиметрия борлиги	6	100%
- аник юзага чикмаган ассиметрия	-	-
Ичаклар харакати:		
- аникланмайди	6	100%
- эшитилади	-	-
- сув шарпаси	-	-
Щеткин- Блюмберг белгиси	6	100%

Ичакларда патологик шовкин:	-	-
- аник	-	-
- аникланмайди	5	83,3%
- битта-битта	1	16,7%
УТТ(корин бушлигида суюклик борлиги):		
- аникланмайди	-	-
- бор	6	100%
Рентгенологик текширишлар:	6	100%
- Клойбер косачаси	6	85,71%
- ингичка ва йугон ичакда пневматоз холати	-	-
- контрастли-зондлаш	6	100%

УБИТнинг III даврида унинг доимий симптоми булиб, дардли огрикнинг интесив ривожланиши (66,7%) хисобланади. Огрик куп марта кайталанувчи кусиш билан юзага чиккан (83,3%), беморларда ахлат ва боднинг чикмаслиги ичакларнинг функционал етишмовчилигидан дарак беради. Бу холат кейинчалик перитонитнинг ривожланиши билан коринда ассиметрия пайдо булабошлайди.

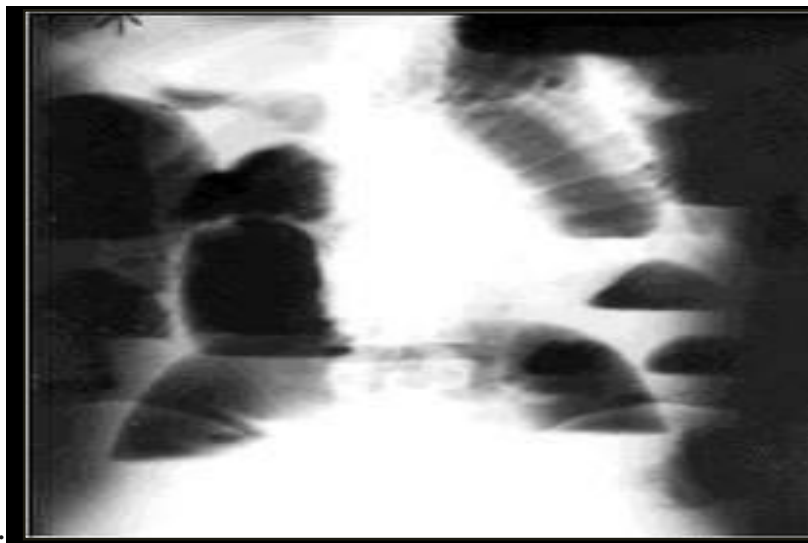
Шундай килиб, таккослаш гурихидаги беморларда битишмали уткир ичак тутилишининг аниклаш ичак тутилишининг шакли ва холатининг утиш муддатига боглик булади. Странгуляцион ичак тутилишида касалликнинг бошланиш даврида даврий ва доимий огриклар хос булиб, купинча кисман ичак тутилиш белгисини- кунгил айниш, кусиш хожат ва боднинг тухталиши ривожланган. Обтурацион ичак тутилишида эса дардли огрик булиб ичакнинг пастки кисмидаги тусикнинг сонига, усиш турига боглик булган. Огрик айрим пайтда тухтаса, бир неча минутдан кейин яна пайдо булган. Беморлардаги операциягача булган клиник манзарасини, операция пайтида ичакларда топилган патологик узгаришлар билан таккослаганимизда улар-(92,8%) холатларда улар мос келган, кари

ёшдаги беморларда купрок перитонит белгилари аниқланган. Операция пайтида ингичка ичак некрози асосан касалхонага кеч тушган ва купчилик холатларда узларига узлари даволаш утказган беморларда кузатилди.

Юкорида келтирилган клиник белгиларни мужассам килганимизда беморлар эътибор билан текширилганда УБИТнинг уч давридаги патологик узгаришлари улуши клиник манзарасига мос келади, аммо айрим холатларда битишмаларнинг холатига караб улар атипик кечиши мумкин. Бундай холатларда УБИТ билан беморларда клиник манзарасини кузатиш кийин булади ва кушимча диагностик усулларни куллаш зарур булади. Бундай усулларга корин бушлигини R-геноскопия килиш ультратовуш билан текшириш, курсатма билан лапароскопия килишлар киради. Бемоларни уз вақтида R-ген билан текшириш, УБИТ билан 3-4 соат утгач ичакларда горизантал суюклик сатхини яъни Клойбер косачаларини аниқлаш мумкин (расм.3.1).Ингичка ичак тутилишида Клойбер косачалари катта кенгликда, баландлиги эса кичик холда юзага чикса, йугон ичак тутилишида эса унинг баландлиги кенглигидан катта булади. Ингичка ичакда Клойбер косачалари сони куп булиши мумкин.

Шунинг учун хам УБИТда манзаравий R-геноскопия ва R-графия мухим рол уйнайди, айрим огир холатларда Контраст моддаси билан текшириш амалиётда дифференциал диагностика учун мухим хисобланади.Шунинг учун хам рентген билан полипозицион контраст моддалар билан текшириш ичаклар деформацияси корин девори билан ёпишганлигини, шиллик парда рельефи, унинг деформацияси, контраст моддасининг узок (1,5-2) соат туриб колиши, йугон ичакнинг контрастли модда билан тулиши белгиларини аниқлашда ёрдам беради.Биз таккослаш гурухида утказган кузатувларимизда рентген билан текширишга мухим ахамият бердик, касаллик даврининг алохида белгилари мавжуд эканлигини топдик. Охирги йилларда биз назогастрал зонд оркали контрастли модда билан R-скопия килишни клиникада ташкил килганмиз.

Ана шу усул билан 25-та таккослаш гурухидаги беморларнинг 12тасида



утказдик

Расм.3.1. Бемор М. Рентгенографияси(куп сонли Клойбер косачалари).

Биз уз текширишларимизда 100% бемлорларни УТТдан утказганмиз ва УБИТни ташхислашда мухим омил хисобланади ва куйидаги касалликнинг кушимча белгиларини аниклашда ёрдам берди.

-Ичак сиртмогининг чузилиши

-Ичак ички суюклигини депода колиши

-Ичакнинг шиллик пардасида бурмалар хосил булиши–тортилган пуржина белгиси.

-Бемор холатини узгартирганига карамай ичак сиртмогининг узгармаслиги.

- Корин бушлигида суюкликнинг борлиги.

УТТ билан топилган бу белгилар асосан беморларга киска вақт ичида ташхис куйиш ва уз вақтида оператив даволашни ташкил килишга ёрдам берди. Операциядан кейинги даврда УТТ билан динамик текширув касалликнинг динамик кечиши ва буладиган асоратларни уз вақтида аниклашга ёрдам беради. Купчилик текширишлар хам уткир ичак тутилишини тугри диагноз куйишда иккиланишларга олиб келади. Албатта шундай холатларда эркакларда ректал, аёлларда вагинал текширишлар ичак тутилишининг турини аниклашга ёрдам беради. Купчилик беморларда (53,2%) ректал текшириш билан анал сфинктери тонусининг

пасайиши ва тугри ичак ампуляр кисмининг баллонсимон шишганлиги аникланди.

Шундай килиб юкоридаги хар бир текшириш уткир битишмали ичак тутилишида амалий ва клиник ахамиятга эга. Касалликнинг уч даври унинг ривожланишида, асоратларнинг пайдо булишида ягона холат булиб, биридан иккинчисига утиш хусусиятига эга. Бу холат эса алохида даволаш ва асоратларни бартараф килишни таккозо килади.

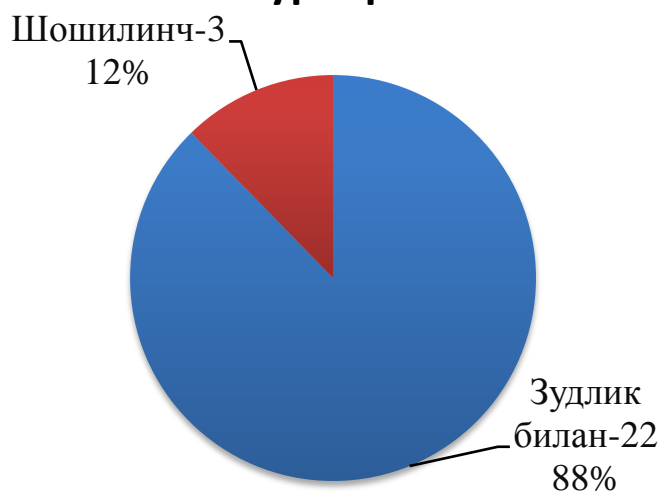
3.2 Уткир битишмали ичак тутилиши билан таккослаш гурухи беморларни анъанавий даволаш натижалари.

Битишмали ичак тутилиши билан беморларни хирургик даволаш хозирги замонавий хирургиянинг долзарб муаммоларидан бири хисобланади. Айникса УБИТ билан беморларни операция килиш муддати борасида хархил фикрлар мавжуд.

Биз уз амалиётимизда хирургик операцияларни утказиш буйича икки гурухга(В.К.Гостицев 2005 буйича) булдик. Зудлик билан (беморларни касалхонага тушганларидан 2-3соат ичида) утказиладиган ва эрта шошилинч утказиладиган операциялар.

Зудлик билан буладиган оператив даволашга механик уткир битишмали ичак тутилиши аник ташхис куйилганда ва перитонит белгилари аник юзага чикканда зудлик билан килинадиган операциялар киради.УБИТнинг атипик кечиши билан кеч ташхис куйилганда (6-8соатдан кейин), интенсив консерватив даволаш тадбирлари самара бермаганда килинадиган операциялар 2тур шошилинч операция турига киради.

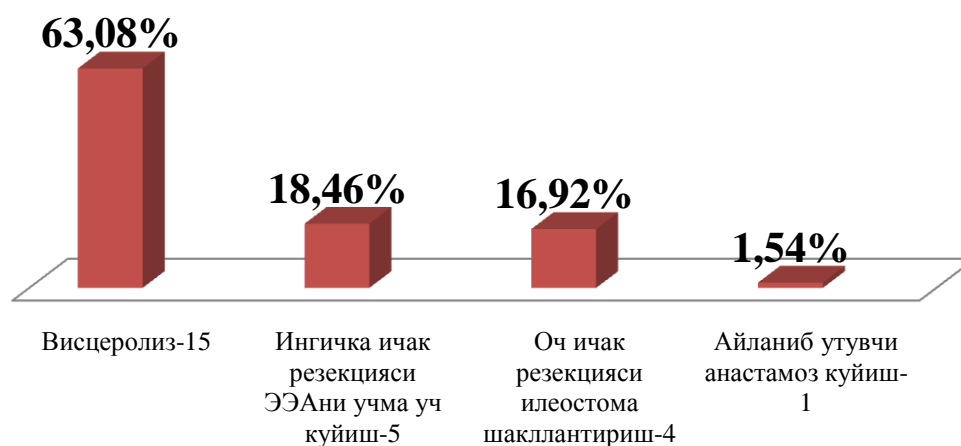
Курсатма буйича килинган операция турлари



Жадвалдан куришиб турибдики 87,69% операциялар зудлик билан ва 12,31% холатларда шошилинч операциялар килинган.

Шунинг учун ҳам УБИТ билан беморларга эрта ташхис куйишга эришиш ва зудлик билан оператив даволашни ташкил килиш керак. Огриксизлантириш усули асосан эндотрахеал наркози бошқарилувчи нафас билан амалга оширилиши ва корин бушлигини тафтиш килиш ва хирурик амлиётни тулакони утказишга эришиш лозим. Таккослаш гурухи беморларини анъанавий хирурик тактикаси куйидагича ташкил килинди: корин бушлигини тафтиш килиш, ичак тутилиши сабабини топиш ва уни бартараф килиш, корин бушлигидаги суюкликни суриб олиш, ичак туткичи узагига новакаинли камал килиш ва битишма хосил булиши рецидивини профилактика килишдан иборат. Операция кесмаси хар бир холатда индивидуал холда хал килинди, купчилик холатларда лапоратомия кесмаси бажарилди. Бордию корин олд девори операциядан кейинги чандик булганда ичак сиртмоқларининг кориннинг олд деворига ёпишганлиги эхтимоли юкори булганда корин бушлиги чандикдан юкоридан ёки пастдан (3-5см) очилди. Операциянинг хажми хар бир беморда УБИТнинг турига ва патологик узгаришларга караб аникланади.

Таккослаш гурухи беморларида бажарилган операциялар турларига қараб булиниши.



Келтирилган жадвалдан куришиб турибдики 63,08% ҳолатларда битишмаларни кесиш, икки учли бўлиб қолган ичак сиртмоқларини бартараф қилиш билан чегараланади. Ингичка резекцияси 18,46% беморларда қилиниб учма-уч анастомозлар қуйилди ва тарқалган перитонитлар билан 16,92% беморларда илеостома шакллантирилди. Операциянинг асосий компонентларидан бўлиб ингичка ичак резекцияси бўлиб ҳисобланади. Бундай операция беморда проксимал ёки дистал резекция қилинди. Биз ичак резекцияси ҳажмига эътибор қилдик. Ичак сиртмогининг некрози қузатилганда проксимал қисми 25-30см дистал қисми эса 10-15см некроздан узунликда резекция қилиниши керак. Ичак проксимал учлиги учма уч ёки ёнма ён ҳолда тикланди. Беморда ҳали перитонит ҳолати қузатилмаган, қорин бушлигида суюқлик топилмаганда илеотранверзиоанастомоз шакллантирилди. Анастомознинг олдинги деворига чоклар қуйишдан олдин назогастрал зондни ичакнинг дистал қисмига утқизишга эришилди, ва олдинги деворига чоклар қуйилди. Ингичка ичакни трансназал интубациялаш учун анастомозни олдинги

деворига чоклар куйилмасдан анестезиолог ёрдами билан назогастрал зонд учига вазелин суркалиб амалга оширилади. Бурун йулларидан назогастрал зонд юборилади. Албатда бу амалиётни утказишда ларингоскоп билан назорат килинади. Зондни утказиш анча кийин хисобланади, вахоланки анестезиолог яхши ёрдам килса буни енгил бажариш мумкин. Зонд ошказонда купинча буралиб қолади, албатта хирург буни назорат қилади ва зондни 12-бармоқли ичакга утишга ёрдамлашади. Иккинчи кийинчилик Трейц боғламида, 12 бармоқли ичак юкорида бурилганда, ана шу жойда зонд тухтаб қолиши мумкин. Трейц боғламидан утказгандан кейин зондни айлантирмасдан пастка утказиш анча мушкул иш эмас. Зондни утказишда ичакдаги хавони ва суюқликни аспирация қилиб бориш керак.

Бемор операциядан кейин реанимация бўлимига утказилгандан кейин унинг ташки учи узайтирилади ва бирор идишга дез-суюқлик билан туширилади. Зонддан вақти-вақти билан Жане шприци ёрдамида ичидаги суюқлик суриб олинади. Ичак харакатининг тикланиши ва беморда уткир ичак тутилиши белгиларининг ва ичак парезининг бартараф бўлиши зондни олиб ташлашга курсатма хисобланади.

Такқослаш гурихи 11та беморларнинг касалхоналарга кеч келиши ва аник белгисининг ривожланиши хирургик амалиёт утказишда алохида хусусиятлари бор. Корин бушлигидаги уткир битишмали ичак тутилиши сабаблари бартараф қилинишидан кейин, корин бушлиги ювилди. Биз бу амалиётни бажаришда фурациллин(1:5000) эритмасидан ва физиологик эритманинг изотоник эритмасидан ишлатдик. Корин бушлигини ювиш техникаси хам узининг алохида хусусиятига эга. Корин бушлиги аъзоларини ташқарига чиқармасдан, 37⁰-40⁰С иссиқликдаги эритма корин бушлигига куйилади ва ичак шу суюқликда сузиб юрадиган бўлиши керак. Корин бушлигидаги хамма чунтаклар, чуқурчалар яхшилаб ювилиши керак. Ювиш корин бушлигидаги сув тоза ҳолатига келгунча давом этиши керак. Айрим ҳолатларда биз 8-9л суюқлик ишлатганмиз.

Таккослаш гурихи беморларни операциядан кейинги даврини утказишда албатта гомеостаз коррекция килинади, детоксикацион терапия, ошказон ичак тизими харакатини стимуляция ва актив ичакларни декомпрессия килинди. Гомеостазнинг бузилишини коррекция килиш организмнинг физиологик адаптацион механизми реакциясига асосланган холда, нафас системасини нормаллаштириш, гемодинамикани, сув-электролит балансини, ишкор-кислата холатини, кон ивиш тизимини мутадиллаш ва озикланиш меъёрини тиклаш зарур. Беморларга килинадиган инфузия хажми гиповолимия ва дегидротация, юрак кон томирлари ва нафас тизими холати даражасига асосан аникланади. Шунинг учун биз инфузион схемани утказишда куйидаги режага асосландик: полиионли эритмалар 20-25мл/кг, оксилли моддалар 800-1000мл/суткада. Шундан 2-3суткада асосан онкотик босимни ушлаб турадиган моддалар(альбумин,) тавсия килдик. Маълумки бу даврда анаболик холатлар пасайган ва оксилли моддалар утилизацияси юзага чикмайди. Касалликнинг 3-4кунидан бошлаб аминокислатали аралашмалар (глюкоза эритмаси билан параллел равишда) тавсия килдик чунки булар оксил- синтетик холатини яхшилаиди. Албатта ДВС синдроми профилактикаси учун: реополиглюкин, трентал ёки курантил билан (юрак-кон томир тизимида карама каршилиқ булмаса), гепарин урнига клексан,фраксипарин ёки кливоринни тавсия килдик. Бу препаратлар геморрагик аслоратлар хавфини пасайтиради ва упка артерияси тромбоземболиясини профилактика килади. Яна энг яхши дезагрегантлардан гипохлорид натрий хисобланади. Парентерал озиклантиришда албатта коннинг транспорт функциясини иклаш максатида ОЦКни тулдириш, анемияни ,гипоальбуминияни бартараф килиш ва коннинг реологик хусусиятларини яхшилаш зарур. Кондаги гемоглабин миқдорини 90г/л га, альбуминни-30г/л гача кутардик. Метаболик узгаришларни кислота-асос мувозанатини умумий принципларга асосланиб коррекция килдик. Ана шу эффектни кутариш максатида

полиионли эритма, 1%кальций хлор эритмасини 250мл, антигистамин, антиферментлар (контрикал) тавсия килинди. Бундан ташкари юкоридаги даволашни диурезни кучайтириш билан комбинация холатида утказиш маъкул хисобланади. Диурезни жадаллаштириш максатида гипохлорид натрий килинди. Гипохлорид натрий организмда жигарнинг моноаминооксидаза детоксикация функциясини яхшилади. Вена ичига юбориш учун гипохлорид натрийли 0,4-0,6% (400-600мг/л) юборилди. Буни албатта вена ичига (магистрал) бошка дори-дармонсиз, секинлик билан 100мл/см тезлигида юбориш лозим. Эндотоксикозларнинг хамма стадияларида вена ичига куйиш мумкин. Беморларни тайёрлаш вақтидан бошлаб антибиотиклар юбориш ва бактериологик лаборатория натижалари билан коррекция килиш зарур.

УБИТ билан перитонит белгиси булмаганда яримсинтетик пенициллин + аминогликозидлар II-III авлоди+ метронидазол. УБИТ нинг перитонит даврида 6-12с дан кейин бошланиши кузатилганда: цефалоспоринлар II-III авлоди+аминогликозид II-III авлоди+метронидазол. Агар аниқ перитонит бошланганидан кейин 24соат вақт утса фторхинолинлар+метронидазол тавсия килинади. Антибиотиклар анъанавий вена ичига ёки мушак ичига килинади.

УБИТ да ичак деворларида махаллий узгаришлар булади, секреция кучаяди. Ичакнинг тусикдан юкори кисмида суриш хусусияти бузилади натижада ичакда стаз холати кузатилиб, огир интоксикация ривожланади. Шунинг учун хам ичакни тургун холатида ичак суюклигидан бушаштириш керак. Бу амалий иш операция пайтида ва операциядан кейинги даврда амалга оширилади. Операциядан кейинги даврда назогастрал зонд куйилиб, ичак суюклигини шприц ёрдамида суриб олинади. Ичакларнинг енгил парезида ичак ичи босими (ИИБ) 10-15см сув устунига тенг, уртача ва огир парез юзага чикканда 20-30см сув устунига кутарилади. Йугон ичак уткир тутилиши булганда ичак ичи босими 12-52см сув устунига, уртача 25см сув устунига тенг. Ингичка ичак тутилиши булганда унинг

сиртликлари учун ва кенг мускуллари кенгайганлиги сабабли унинг ички босими 4-14см сув устунлигига, уртача эса 9см сув устунлигига тенгланади. Ичак тутилишида унинг ички босими жуда катта цифраларгача кутарилмайди, агар кутарилса ички босими ошиши натижасида капиллярларда ҳам катта босим 21-41см сув устунигача ошади. Ана шундай ҳолатларда ичак деворларида деструктив узгаришлар юзага чиқади. Агар ички босим 30см сув устунигача етганда, ичак деворидаги некроз ва унинг утказувчанлигининг ошиши 17 соатдан кейин бошланади. Операциядан кейинги даврда ичак ичидан суриб олинган суюклик микдори ҳар хил ҳажмда бўлади. Бир суткадан кейин 50-230мл(уртача 61+89,5мл). Иккинчи суткадан кейин 50-3000мл(уртача 75+109,1мл), учинчи суткадан 100-2500мл (уртача 850+80,0мл), 4 суткадан кейин 50-950мл(30,0-40мл).

Шундай қилиб энг суткалик куп чиккани 2-3 суткада эканлиги аникланди. Биз уз амалиётимизда назогастрал зондни 3 суткадан 8 суткагача ушладик. Ичак ҳаракати тиклангандан кейин ва ҳожат бўлгандан кейин зондни олдик.

Таккослаш гурухида операциядан кейинги давр окими динамикаси.

Курсатгичлар	Операцияда н олдин	Операци	Кейинг	Кун	Чикариш хотима
		я	и		
		1-к	3-к	5-к	
Пульс	110-120	110-120	100- 110	90-100	85-90
Артериал босим	79,4±1,2	82,4±1,2 *	100+5, 7*	90-100	85-90
Нафас сони	24-28	22-26	20-22	18-20	16-18
Диурез мл/с	30-40	50-60	50	50	50
Ичаклар перисталтикаси.	Перисталти ка йук	Йук	Йук	Эшитилад и	Эшитилад и
Корин бушлигини УТТ	Перисталти ка эшитилмай ди	Йук	Йук	Эшитилад и	Эшитилад и
Лейкоцитларх10 ⁹ /л	18,5±1,2 P<0,03	16,0±1,1 P<0,04	15,0±1, 2 P<0,02	11,0±1,3* P<0,03	9,0±1,2* P<0,02
СОЭ мм/с	25,0±1,2 P<0,02	28,0±1,1 P<0,03	28,0±1,7 P<0,02	13,0±1,2 P<0,03	12±1,3 P<0,03
Умумий оксил	62,0±1,0 P<0,02	63,0±1,2 P<0,03	65,0±1, 0 P<0,02	68,0±1,0 P<0,03	70,0±1,4 P<0,03

Жадвалдан куришиб турибдики таккослаш гурухидаги беморларда ичак харакатлари булмаган ва ичак ички босими баландлиги операциядан кейинги 3-4 кунларигача сакланиб колган, бу холат эса касалликнинг окимини огирлаштирган.

Маълумки ичак ички босими 60 мм сув устунига тенглашганда веноз кон окими тухтайди, агар 80мм сув устунлигигача кутарилса артериал кон окими тухтайди. Ана шу холда ичакларни декомпрессия килиш нафакат килишниши керак булган тadbир булмай хатто килиниши мухим булган даволаш усули хисобланади. Ичак деворларидаги тарангликни уз вақтида бартараф килинмаса улар оркали микроорганизмлар утиб перитонит ривожланишига сабаб булади.

3.3. Уткир битишмали ичак тутилиши билан беморларда эндотоксикозни бахоллаш критериялари.

Бизнинг кузатувларимиз курсатдики УБИТ нинг асосий патологик синдроми булиб, эндоген интоксикация синдроми (ЭИС) хисобланади. Бу синдром куп компонентли характерга эга. Бу касалликнинг асосий манбаи булиб, перитонит билан асоратланганда парез холатидаги ичаклар ичи суюклиги корин бушлигида утиб кетишидир. Эндотоксикознинг умумклиник белгиларининг кучайиши, уткир ичак етишмовчилиги синдромининг ривожланиши билан боғлиқ ва ичакда хар хил эндотоксинларнинг йигилиб колиши ва уларни организмнинг детоксикация килиш кобилияти йуколиб, токсимия хили юзага чикади.

Тукималар ва хужайраларда шу пайтда гипоксия, метоболик узгаришлар юзага чикади. Эндотоксикознинг холатини тугри бахоллаш учун биз 25та таккослаш гурухи беморларида аниқ УБИТ билан клиник-лабаротория тахлилларини ургандик. Беморлар ахволининг огирлигини ва организмнинг интоксикация даражасини умумклиник белгиларига караб аниқладик. Перитонитнинг токсик фазасида икки марта купрок эндоинтоксикация белгилари аниқланди. В.С.Савельев.(1996) нинг

фикрига кушилган холда ичак тутилишининг клиник юзага чикиши 3 даврга булиниб, улар битишма хосил булиши ва ичак тутилишининг муддатининг ошиши билан организмда юзага чикадиган чукур сув электролит баланси ва модда алмашинуви тугри пропорционал равишда чукурлашади. Бундай беморларни даволашда яхши самаралар олиш учун энг аввало эрта диагноз куйишга эришишимиз керак. Эндотоксикознинг умумклиник белгиларининг ривожланиши уткир ичак тутилиши синдромининг ривожланишига параллел холда юзага чикади. Операциядан кейинги асоратлар тахлили шуни курсатдики, таккослаш гурихидаги 25 та бемордан 8 тасида кузатилди (32%).

Жадвал 3.11.

Таккослаш гурухидаги операциядан кейинги асоратлар.

Курсатгичлар	Интоксикация боскичлари		
	I	II	III
пульснинг минут суръати	110 гача	110-120	120 дан куп
Систолик артериал босим	90-100 мм сим уст 98,6±0,3 мм сим уст	70-80мм сим уст 79,4±1,2мм сим	70 дан кичик 65,3±1,3 мм сим уст
Нафас олиш сони	24 тагача	24-28	28 дан юкори
МНС фаоляти бузулиши	Енгил карахтлик, эйфория	Заторможенность, кратковременная потеря сознания	Чукур карахтлик, интоксикацияли делерий
Тери копламасининг ранги	Меёрида	Окарган	Тупрок ранги акроцианоз, гипереримия
Диурез,мл/с	40-30	30-20	20<
Ичаклар	Кучсиз	Парез,	Кучли парез,

перисталтикаси	ичакларни стимуляция хили эффектли	стимуляция килиш кам эффектли	стимуляция килиш эффект бермайди
Кондаги мочевина микдори (норма- 6,64±0,47ммоль/л)	7,47±0,52* P<0,02	10,1±0,69* P<0,03	16,34±0,8* P<0,03

Жадвалдан маълумки таккослаш гурухидаги беморлардан 25 тасидан 8 тасида (32%) хар хил асоратлар юзага келган. Операциядан кейинги улим шу гурух беморларда 16% ни ташкил килди. Улим тафсилотининг асосий сабаби уткир юрак етишмовчилиги ва упка артерияси тромбоемболияси хисобланади.

Жадвал 3.12

Таккослаш гурухидаги беморларнинг улим сабаблари.

Улим сабаби	Беморлар сони	
	Сони	%
Упка артерияси тромбоемболияси	1	4%
Анастамоз чокларнинг етишмовчилиги ва перитонит	1	4%
Жигар етишмовчилиги	2	8%
Уткир юрак-кон томир етишмовчилиги	4	16%
Жами	8	32%

Шундай килиб УБИТ билан операциядан кейинги улимнинг баландлиги УБИТ билан беморларни даволаш энг долзарб муаммо

хисобланади ва амалиётга янги даволаш ва битишмаларни профилактика килиш усуллари тақомиллаш зарур.

IV.БОБ. Ўтқир битишмали ичак тутилиши билан даволаш ва профилактика усуллари такомиллаш ва натижаларини қиёсий ўрганиш.

Асосий гуруҳ беморларда комплекс даволаш тадбирлари қуйидагича ташкил қилинди. Операциянинг охирида қорин бўшлиғига битишмаларга қарши аралашма қуйилиб, қорин ҳамма аъзолари, киссалар ҳўлланилади, қуйилган суюқлик ичак сиртмоқларининг эркин сузиш сатҳида бўлиши керак. Клиникамизда олдиндан қўлланилиб келган махсус аралашмалар 0,8% метилурацил 0,25% новокаин 100мл+гекодез 400мл, гидрокортизон 125мг+фибринолизин 2000Ед таркибида битишмаларнинг профилактикаси учун қўлланилиб келган.

Биз амалиётга охирги йилларда анъанавий ишлатилган ана шу аралашмага мезогель эритмасини 250мл қўшдик. Организмда битишма ҳосил бўлишига катта таъсир қиладиган эндоген интоксикацияни пасайтириш мақсадида Энтеросорбция қилишни йўлга қўйдик. Қайта битишма ҳосил қилиш ҳолатини босими ва қорин бўшлиғига тушган фибринни лизис қилиш мақсадида қорин бўшлиғига протеолитик ферментлар яллиғланишга қарши ва десенсебилизация қиладиган терапия кулланилди. Унинг бажарилиш техникаси қуйидагича: операциянинг асосий этаплари бажарилганидан кейин яни 2-3 кун операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғига полихлорвинил най орқали биз ўзимиз такомиллаштирган битишмага қарши аралашма юбориб турдик.

Операциядан кейинги 4-5 кунлари қорин бўшлиғига аралашма қуйиш тўхтатилди ва найча қорин бўшлиғидан олиб ташланди. Ичак деворидаги микроциркулятор ўзгаришларни коррекцияси мақсадида назогастрал зонд орқали антигипоксидант ва антиоксидант таъсир қилувчи махсус моддалар юбордик. Улар ичаклар деворидаги деструктив ўзгаришларни ва интоксикацияни пасайтириб ичак функцияларини эрта тикланишига ёрдам беради. Аллапуринолнинг сувли суспензияси

(0,4аллапуринол 2мл совутилган қайнатилган сувда эритилади) назогастрал зонд орқали бир суткада бир марта юборилади. Аралашмани юборишдан олдин керак суюқлиги аспиратор орқали сўриб олинади.

Эндоген интоксикацияни пасайтириш мақсадида фаоллашган кўмир упасини ишлатдик. Бу упа сувда эритилиб (аралашма 1г 10кг бемор оғирлигига ҳисобланиб+500мл қайнатилиб совутилган сувда эритилди ва назоинтестинал зонд орқали суткада 2марта юбордик. Ана шу фаоллашган кўмирни юбориш оралиғида биз аллапуринол ишлатдик.

Шундай қилиб, ЎБИТ билан беморларни даволашни оптималлаш ва қайта битишма ҳосил бўлишини профилактика қилиш мақсадида қорин бўшлиғига юбориладиган анъанавий аралашма таркибига мезогель эритмасини қўшдик.

4.1. Асосий гуруҳ беморларнинг умумий характеристикаси.

Биз илмий ишимизнинг мақсади ва вазифаларидан келиб чиққан ҳолда биз А гуруҳ (асосий гуруҳ) 40 та ЎБИТ янги такомиллашган хирургик усулда даволанган беморлар устида олиб бордик.

Беморларнинг (62,4%) аёлларни, (38,6%) эркакларни ташкил қилди

Жадвал 4.1.

Беморларнинг ёши ва жинсига қараб бўлиниши.

Беморларнинг ёши	Эркаклар		Аёллар	
	Сони	%	Сони	%
16ёшдан 20 ёшгача	5	31,2%	6	25,2%
21ёшдан 60 ёшгача	6	37,6%	11	45,8%
61ёшдан 80гача	5	31,2%	7	29%
Жами:	16	100%	24	100%

Хамма беморлар касалхонага тушгунча қорин бўшлиғида ҳар хил операциялар утказган.

Асосий гуруҳ беморларининг қилинган операция турига қараб бўлиниши.

№	Касалликлар	Беморлар	
		Сони	%
1	Ўткир деструктив аппендицит	2	5%
2	Қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳати	4	10%
3	Ошқазон 12 бармоқли ичак яраси тешилиши	13	32,5%
4	Ўткир деструктив холицистит	17	42,5%
5	Гинекологик касалликлар	4	10%
	Жами:	40	100%

Келтирилган жадвалдан кўришиб турибдики асосий гуруҳ беморларида қилинган операциялар турлари деярли таққослаш гуруҳидагилардан фарқ қилмаган. Ўткир битишмали ичак тугилиши билан тушган 65 беморларнинг (48,4%) да бир марта операция қилинган бўлса, (24,2%) да икки мартадан, (14,2%)да уч марта ва (13,2%)да тўрт марта ва ундан кўп операция қилинган. Охирги қилинган операциядан ўткир битишмали ичак тугилиши хуружи бошлангунча ўтган муддат: бир йилгача – (32,2%), 1йилдан 3 йилгача -(35,2%), 3 йилдан 10 йилгача - (22,4%) ва ниҳоят 11йил ва ундан кўпроқ йил ўтгандан кейин -(10,2%)ни ташкил қилди.

Жадвал 4.3.

Асосий гуруҳ беморларида кузатилган йўлдош касалликлари турларига қараб бўлиниши.

№	Қўшимча касалликлар	Беморлар сони	
		Сони	%
1	Гипертония касаллиги	5	12,5%
2	Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги	4	10%
3	Сурункали бронхит, эмфизема, пневмосклероз.	2	5%
4	Прстата беzi хавфсиз гиперплазияси.	2	5%
5	Умумий атеросклероз, коронарокардиосклероз	2	5%
6	Сурункали гепатит.	3	7,5%
	Жами:	18	45%

Жадвал 4.4.

Касаллик бошланганидан кейин стационарга тушгангача ўтган вақт .

Стационарга тушган вақти	Беморлар сони	
	Сони	%
6 соатгача	6	15%
6 соатдан 12соатгача	10	25%
13 соатдан 24 соатгача	5	12,5%
25 соатдан 48 соатгача	8	20%
48 соатдан юқори	11	27,5%
Жами	40	100%

Жадвалдан кўриниб турибдики стационарга кеч мурожаат қилинганлар (27,5%) ни ташкил қилди. Касаллик бошлангандан кейин 24 соат ўтгандан кейин мурожаат қилганлари сабабли беморларнинг (48,4%)да ўткир перитонитнинг ҳар хил босқичи ривожланганлиги кузатилган. Перитонитнинг шаклига қараб: сероз шакли (46,2%), сероз-фибриноз (12,3%) аниқланган бўлиб, реактив босқичи (20,1%), токсик (21,4%) беморларда кузатилди. В.С.Савельев (1996)нинг таклиф қилган классификацияси бўйича текширилган гуруҳда перитонитнинг 1 босқичи (35,1%) беморларда, 2 босқичи (41,5%) ва 3 босқичи (23,4%) беморларда кузатилган.

Жадвал 4.5

Беморларнинг ўткир битишмали ичак тутилиши босқичлари бўйича бўлиниши

Касаллик босқичи	Касаллик бошлангандан кейин утган вақти	Беморлар	
		Сони	%
I бошланғич босқич	2 соатдан 12 соатгача	14	35,1%
II оралик босқич	12соатдан 36 соатгача	16	41,5%
III кечки босқич	36 соатдан юқори	10	23,4%
Жами		40	100

Текширилган 40 та беморда таққосланган ҳолда эндотоксикознинг клиник-лаборатор критериялари аниқланди. Асосий гуруҳ беморларда

худди таққослаш гурухидагидек эндотоксикоз критериялари катта коррекцияли ўзгаришларсиз аниқланди.

Жадвал 4.6.

Асосий гурух беморларнинг эндотоксикоз критерияларини баҳолаш (n=40)

Кўрсатмалар	Интоксикация босқичи		
	I (n=12)	II(n= 13)	III(n=25)
Пульс 1дақиқада	110 гача	110-130	130дан юқори
Систолик артериал босим	98,6±0,3 мм рт.ст.	79,4±1,2 Мм.рт.ст	65,3±1,3 Мм. Рт.ст
Нафас сони	22гача	23-30	30дан юқори
МНС функциясининг бузилиши	Юзаки эйфория	Психоматор ўзгаришлар	Интоксикацион делирий
Тери ранги	Нормал	Оқимтир	Акроцианоз гиперимия.
Диурез мл/с	40-30	30-20	20<
Ичаклар перисталтикаси	Кучсиз ичакларни стимуляция хили эффектли	Парез стимуляция килиш кам эффектли	Кучли парез, стимуляция килиш эффект бермайди.
Қонда мочевина миқдори	7,47±0,52*	10,1±0,69*	16,34±0,8*

*-белгилар орасидаги фарк аниқ (P<005).

Шундай қилиб, асосий гурух ва таққослаш гурух беморларида умумий характеристикаси қиёсий таҳлил қилинганда ёши, жинси, асосий ва йўлдош касалликлар бир-бирига мос келди.

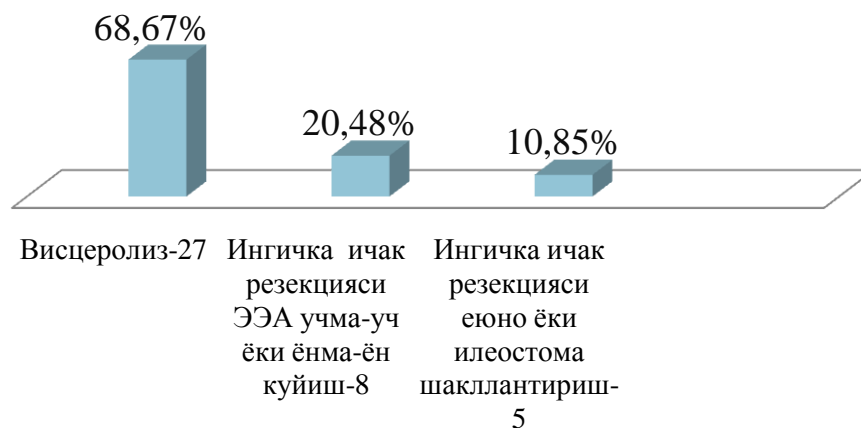
4.2. Уткир битишмали ичак тутилиши билан асосий гурух беморларини даволашда такомиллашган усулларнинг самарадорлигини бахолаш.

Асосий гурух беморларда ҳам қилинган операцияларга кўрсатма худди назорат гурухидагидек бўлди. Зудлик билан қилинган операциялар (86,8%) ни ташкил қилган бўлса, шошилич операциялар (13,2%) ни ташкил қилди.



Оғриқсизлантириш усулини танлаш, хирургик тактикалар ва операция қилинадиган кесмалар ҳар бир беморда алоҳида индивидуал ҳолатда ҳал қилинади ва назорат гурухидан катта фарқ қилмади. Операциянинг ҳажми, характери ҳар бир беморда алоҳида ЎБИТнинг турига ва ичаклардаги патоморфологик ўзгаришларга қараб ҳал қилинди. Қилинган операциялар тақсимоти 4.8 диаграммада келтирилган.

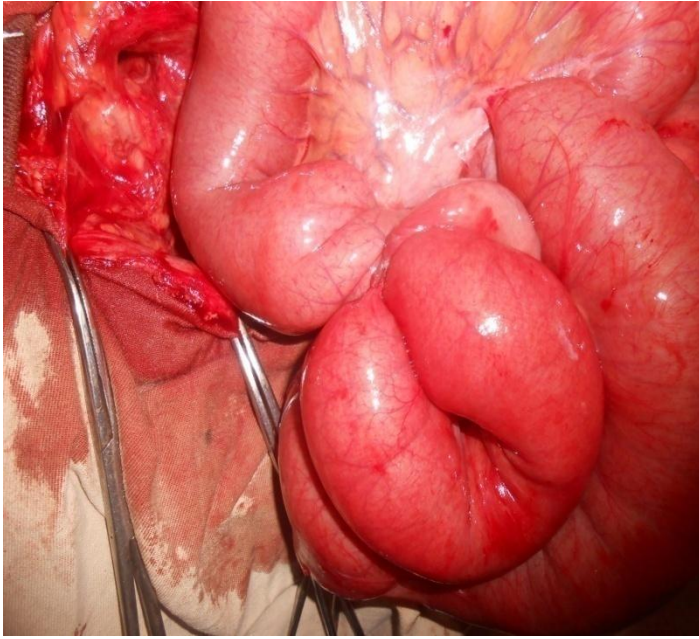
Асосий гуруҳдаги беморларнинг утказилган операция турларига қараб булиниши.



Диограммада келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, 68,67% ҳолатларда адгезиолиз яъни битишмаларни кесиш ва уларни ажратиш, ичаклардаги буралиб қолган ва деформацияларни бартараф қилиш бажарилган.

Ингичка ичакни резекция қилиб, (расм.4.2) “учма-уч” ёки “ёнма-ён” энтеро–энтероанастомоз қўйиш 20,48% ҳолатда бажарилган. Перитонитнинг тарқалган ҳолатларида кузатилган 9% беморларда еюно ёки илеостома чиқарилган (расм 4.1).

ЎБИТ билан стационарга кеч келган перитонитнинг ривожланган босқичи билан 13та беморда хирургик операцияни бажариш алоҳида ўзига хос вазиятда бажарилди.



Расм.4.1. Бемор:Эргашева Мухайё Ёши:60

Ташхиси:Корин бушлиги аъзолари битишма касалиги.Битишмали уткир странгуляцион ингичка ичак тутилиши.Таркалган сероз геморагик перитонит токсик фазаси.



Расм.4.3

Расм.4.2. Бемор Эгамова 58ёш битишма касаллиги битишмали ичактутилиши билан операция вақтида ингичка ичак некрози.

Асосий қилинган хирургик даволашнинг фарқи асосан хирургик операциядан кейин битишмаларни профилактика қилиш билан хулосаланди. Операция ярасини тикишдан олдин қорин бўшлиғига битишмаларга қарши махсус мезогель эритмаси 300мл дан юбордик. Қорин бўшлиғи полихлорвинил найча билан обдовланди ва мезогель эритмасини қуйишдан олдин найча қисқич билан қисиб қўйилди. Дренаж найдан қисқич операциядан кейин 2-2,5 соатдан кейин олинди. Операциядан кейин ҳам 2-3кунлари қорин бўшлиғига мезогель эритмаси 2 мартадан қуйиб турилди ва операциядан кейин 3 суткада дренаж найча олинди.

Асосий гуруҳ беморларида қўйилган назогастрал зонд орқали фаоллаштирилган кўмир кукуни сувга аралаштирилган ҳолда энтеросорбция қилиш мақсадида юборилди. Операциядан кейинги даврда асосий гуруҳ беморларида худди назорат гуруҳидагидек гомеостазни коррекция қилиш, детоксикацияни даволаш, ошқазон ичак тизими фаолиятини стимуллаш ва ичакни актив декомпрессия қилиш муолажалари қилинди.

Асосий гуруҳ беморларида операциядан кейинги даврда динамик кечиши.

Кўрсаткичлар	Операциядан олдин	Операциядан кейинги кунлар			
		1кун	3кун	5кун	Чикариш
Пульс сони	110-120	110-120	95-100	90-95	75-85
Систолик артериал босим	79,4±1,2	80,1±2,3	104±3,3	115±3,1	120±5,5
Нафас сони	24-28	21-25	18-21	16-18	16
Диурез мл/с	30-40	50-60	50>	50>	50
Ичаклар перисталтикаси	Эшитилмади	Эшитилмади	Суст ичак харакати эшитилмади	Аникланди	Аник эшитилмади
Ичаклар ички босими	25±1,5*	20±1,3*	18±1,2*	14±1,5*	11±1,1*
Қорин бўшлиғи УТТ	Ичак харакати аникланди	Аникланди	Ичак харакати куринади	Куринади	Куринади
Лейкоцитларх10 ⁹ /л	18,5±2,2	15±2,2	13±1,2	10±1,3*	7,5±1,1*
ЭЧТ мм/с	25,0±1,2	26,0±3,1	12,0±1,7	12,0±1,2	10,0±1,3
Умумий оқсил г/л	62,0±1,2	64,0±1,2	69,0±1,2*	71,0±1,1*	74±1,2*

*-белгилар орасидаги фарк аник (P<0,05).

Жадвалдан келтирилган маълумотлардан кўришиб турибдики асосий гуруҳ ЎБИТ билан операция қилинган беморларда ўтказилган фаол даволаш муолажаларидан кейин ичак ҳаракатининг тикланиши 2-3 суткаларда тикланди. Бу ҳолат ошқазон ичак тизимидаги суюқликларнинг кўйилган назогастрал ва трансректал интубацион найлар, ичак ҳаракатини стимуляция қилиш орқали эришилди. Бу клиник белгилар лейкоцитлар ва эритроцитлар чўкиш тезлиги кўрсаткичининг мўтадиллаши билан аниқланди. Бу ҳолатни яхшилашда албатта ўтказилган сув-туз алмаш инувини коррекция қилиш, кислота-ишқор мувозанатини тиклаш, беморларни эрта фаоллаштириш, даволаш гимнастикаси каби тадбирлар муҳим рол ўйнайди. Биз операциядан кейин 4-5 кунлари асосий гуруҳ беморларида клинко-лаборатория тахлилларини перитонитнинг реактив ҳамда токсик фазаларида асосий ва таккослаш гуруҳларида солиштириб ўргандик.

Асосий гуруҳ беморларда операциядан кейинги асоратлар 40та бемордан 10тасида кузатилди бу 25%ни ташкил қилди.

Жадвал 4.8.

Асосий гуруҳ беморлардаги операциядан кейинги асоратлар.

Асоратлар	Беморлар сони	
	Сони	%
Пневмания	2	5%
Ўпка артерияси тромбоэмболияси	1	2,5%
Операцион жароҳат йиринглаши,эвентрация	3	7,5%
Жигар ва буйрак етишмовчилиги	2	5%
Ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги	2	5%
Жами:	10	25%

Асосий гуруҳдаги 40 бемордан 10 тасида операциядан кейин хар хил асоратлар юзага чикди. Шулардан операциядан кейинги пневмония (2), упка артерияси тромбоземболияси (1), операциядан кейин жигар ва буйрак етишмовчилиги(2), уткир юрак ва кон томирлари етишмовчилиги (1), операциядан кейин яралинг йиринглаши ва эвентрация (3) беморларда кузатилди.

Жадвал 4.9.

Асосий гуруҳ беморларидаги улим сабаблари.

Улим сабаби	Беморлар сони	
	Сони	%
Перитонит	-	-
Жигар етишмовчилиги	1	2,5%
Уткир юрак-кон томир етишмовчилиги	1	2,5%
Упка артерияси тромбоземболияси	1	2,5%
Жами:	3	7,5%

Асосий гуруҳдаги ўлим тафсилотининг асосий сабаби жигар ва буйрак етишмовчилиги (2) ҳамда ўпка артерияси тромбоземболияси(1) бўлади.Шундай қилиб асосий гуруҳ (40) беморлардаги ўлим 7,5% ни ташкил қилди.

УБИТ билан биз таклиф қилган такомиллашган даволаш ва профилактика усулимизнинг кулланиши натижасида УБИТ билан улим курсатгичи деярли 2мартага пасайган (16%-7,5%). Бизнинг фикримизча УБИТ билан операциядан кейинги улим суръатини янада пасайтириш учун эрта ташхис куйиш усуллари ва уз вақтида рационал оператив даволаш тактикаларини янада такомиллаш зарур.

Шундай килиб, УБИТни ва унинг асоратларини мукамал даволашда эрта диагноз куйиш ва битишмалар хосил булишини профилактика ва даволаш усулларини янада такомиллаш зарур.

Хотима.

Хозирги замонавий хирургиянинг канчалик ривожланишига карамай, уткир битишмали ичак тутилишини уз вактида ташхислаш ва даволашда, уни профилактика килишда куп сонли хар хил усуллар таклиф килинишига карамай даволаш натижалари ханузгача коникарсиз колмокда. Адабиётларда келтирилган маълумотга асосланиб айтиш мумкинки, битишмали уткир ичак тутилиши билан улим 3-10%гача булса, эрта ривожланадиган битишмали ичак тутилишида 20% гача ташкил килмокда. Бунинг асосий сабабини куп олимлар фикрича уткир битишмали ичак тутилишининг уз вактида тугри ташхис куяолмаслик, натижасида кеч оператив даволаш хамда операциядан кейин огир хар хил асоратларнинг ривожланиши хисобланади. Ана шундай холатларни хисобга олган холда биз уз илмий изланишларимизда уткир битишмали ичак тутилишининг эрта ташхис куйиш, даволаш ва профилактика усулларини замонавий талаб асосида такомиллаш оркали бундай касалликларни даволаш натижаларини яхшилашни максад килиб куйдик. Хозирги бажарилган илмий ишимиз Самарканд тиббиёт бирлашмасининг хирургик булимларига 2010-2015йилларда уткир битишмали ичак тутилиши билан даволанган 65 беморнинг натижаларига асосланган. Даволанган беморларнинг купчилигини аёллар 41 (63%), эркаклар 24 (37%) ни ташкил килди. Беморларнинг ёшлари 16дан 80 ёшгача булиб, улардан 46(73,2%) мехнатга лаёкатли ахолини ташкил килди. Бу уз навбатида муаммонинг ижтимоий ахамиятга эга эканлигидан дарак беради.

Биз уз илмий ишимизда куйилган максади ва вазифаларимизга асосан текширилган беморларни 2 гурухга: биринчи назорат гурухига 25 бемор (38,2%)ни ташкил килди, уларга анъанавий умумкабул килинган даволаш утказилди. Иккинчи асосий гурухда 40 бемор (62,8%) булиб, такомиллашган усуллар яъни энтеросорбция ва битишмаларни профилактика килиш учун мезогель корин бушлигига юборилди. Иккала

гурух беморларининг жинси, ёши касалликнинг огирлик даражаси, утказилган операцияларнинг характери узаро таккослашга тугри келар эди.

Биринчи назорат гурухидаги 25 уткир битишмали ичак тутилиши билан беморларга даволаш ишлари куйидагича утказилди: Энг аввало уткир ичак тутилишини бартираф килиш ва бузилган гомеостазни коррекция килиш, кондаги гидроион балансини коррекция килиш, сув ва электролит холатини тиклаш, детоксикацион терапия, ошказон ичак тизимини назогастрал зонд билан декомпрессия килиш, паранефрал ва перидурал новакаинли блокада тозаловчи хукна килинди. Бу даволаш тадбирларининг критерияси булиб уткир ичак тутилишининг бартараф булиши хисобланади. Зудлик билан операция килишга курсатма булиб, консерватив даволашнинг самара бермаслиги хамда уткир перитонитнинг ривожланиш белгилари хисобланади. Бундай шароитда 2,5 соат операциядан олдинги тайёргарлик утказилди.

Юкоридаги келтирилган комплекс даволаш тадбирлари билан бирга операция пайтида уткир битишмали ичак тутилиши сабаблари бартараф килинади, ичак узакларига новакаинли блокада, трансназал ингичка ичакни тулик интубацияси, актив холда ичаклар суюклиги суриб олинган холда декомпрессияси, перитонитнинг огир таркалган боскичлари кузатилган беморларда трансректал декомпрессив йугон ичак интубацияси ва корин бушлигини дренажлаш килинди. Бундай гурух беморлари касалхонага тушиши билан умумкабул килинган беморларнинг шикояти, анамнезини йигиш, объектив курик билан бирга умумклиник текширишлар кон ва сийдик тахлили, биохимик тахлиллар, кон босимини аниклаш, манзаравий рентгенологик текширишлар, ЭКГ килинди.

Курсатма билан беморларга Ультратовуш текшируви, ЭГДФС ва ирригоскопия кулланилди. Уткир битишмали ичак тутилиши билан назорат гурухи беморларида куп хар хил клиник симптомларини ва хар хил инструментал текшириш натижалари билан киёсладик. Ана шу беморлардаги уткир битишмали ичак тутилиши клиник белгилари

касалликнинг асосий ҳолатининг муддатига боғлиқлиги аниқланди. Операциягача клиник белгиларни кийёслаганимизда деярли 94% беморларда операция пайтида топилган патологик узгаришларга мос келди.

Бизнинг кузатувимизда 2та 60-65ёшли беморда операциядан олдин перитонитнинг жуда ривожланган белгилари аниқланди ва операция пайтида эса ингичка ичак некрози аниқланди. Шунини таъкидлаш лозимки, корин бушлигида куп ҳар хил битишмалар булган беморларда уткир битишмалари ичак тутилиши белгиларининг атипик кечиши аниқланди(16%). Шундай ҳолатларда қушимча текшириш усуллари ишлатилди. Бундай ҳолатларда купрок аниқ ахбарот олиш учун зонд орқали контраст моддалар юборилиб уткир битишмалари ичак тутилиши ташхиси қуйиш мумкин. Бундай усул 2та беморда ишлатилди. Бундан ташқари назорат гуруҳидаги беморларда ультратовуш билан текшириш ишлатилди. Шулардан 11 тасида уткир битишмалари ичак тутилишига ҳос жуда аниқ булмаган белгилар топилди.

Ваҳоланки ана шу белгилар ҳам ичак тутилиши ҳолатини тугри баҳолашга ёрдам бериши. Ультратовуш текширувида ингичка ичакнинг кенгайиши, улар деворининг калинлашиши, ичак ички суюқлигининг орқа ва олдга силжиши уткир битишмалари ичак тутилишининг аниқ белгилари ҳисобланади. Ичак тутилишининг муддати канча узок давом этса, сув-электролит баланси, модда алмашинуви чуқуррок юзага чиқади ва куп аъзоли етишмовчиликка олиб келади.

Шунинг учун ҳам уткир битишмалари ичак тутилишида яхши натижа олиш учун эрта ташхис қуйишни ташкил қилиш зарур. Қилинган таҳлиллар ичак тутилишининг уч даври (В.С.Савельев 1996 йил буйича) назорат гуруҳи беморларида ягона касалликнинг босқичма-босқич ривожланиши эканлигини курсатди.

Биринчи даврда беморларда яхши анамнези урганиш, умумий курик, рентген ва УТТ текширишлар утказилса етарли. Касалликнинг

иккинчи ва учинчи боскичларида ҳамма текширишлар билан бирга энтерография килиниб, уткир ичак тутилиши сатхини аниклаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Назорат гуруҳидаги беморларни анъанавий даволаш маълум боскич орқали олиб борилди. Корин бушлигини тафтиш қилиш, уткир ичак тутилиши сабабини аниклаш ва бартараф қилиш, корин бушлигидаги суюқликни эвакуация қилиш, ичак узакларини новакаинли блокада қилиш, ичакларни интубация қилиш яъни операциядан кейинги даврда декомпрессия қилиш мақсадли ҳисобланади. Купрок ишлатилган оператив усулларида: висцеролиз(адгезиолиз)-(63,08%)да қилинди. Ингичка ичак резекцияси “учма-уч” ва “ёнма-ён” энтеро-энтероанастомоз қуйиш (28,46%) беморларда, илеостома шакллантириш-(16,92%) ва еюностома 2та беморда қилинди. Тарқалган перитонит белгилари топилган беморларда интраоперацион лаваж ва обдовлаш ҳамда битишмаларни профилактика қилиш тадбирлари утказилди. Назорат гуруҳидаги беморларга операциядан кейинги даврда гемостазни коррекция қилиш, детоксикацион терапия утказиш, ошқазон-ичак тизими фаолиятини стимуляция қилиш ва актив ичакларни декомпрессия қилиш тадбирлари утказилди. Кузатишлардан маълум бўлдики эндотоксикознинг оғирлиги 3 даражаси уткир битишмали ичак тутилиши билан беморларда доимий буладиган хол бўлиб биридан иккинчи боскичга утиш организмнинг компенсатор имкониятларига ва адекват утказилган даволаш тадбирларига боғлиқ булади. Ичак тизимидаги транзит ҳолатни тиклашнинг етишмовчилиги натижасида компенсатор ҳолатнинг кучсизлиги организмдаги гемодинамик бузулишларни ва ҳаётий муҳим аъзоларнинг фаолиятини тиклаб бўлмади.

Ана шу ҳолатларнинг олдини олиш учун уткир битишмали ичак тутилишини эрта ташхислаб оператив даволашни уз вақтида утказилгандагина эндотоксикознинг биринчи даражаси бошка оғир даражаларига утишдан саклаш мумкин. Шунинг учун эндотоксикознинг

огирлик даражасини уз вақтида аниқлайдиган сезгир ва махсус тестларни узлаштириш катта амалий ахамиятга эга.

Назорат гуруҳида утказилган текширишлар курсатдики, корин бушлигида булган деструктив узгаришлар айникса бу ҳолат корин пардага ҳам уткан булса яъни перитонит кузатилганда эндоген интоксикация курсатгичлари динамик ҳолда кутарилган.

Операциядан кейинги асоратларни таҳлил килинганда назорат гуруҳидаги 25 бемордан 8тасида(32%) ҳар хил асоратлар учради. Юрак-кон томирлар томонидан булган асоратлар асосан 56-65ёшли беморларда кузатилди. Назорат гуруҳидаги 25 беморлардан 2таси операциядан кейин 1,5-2 йил ичида қайта бизларга уткир битишмали ичак тутилиши белгилари билан мурожат қилдилар ва улар қайтадан операция килиндилар.

Назорат гуруҳи беморларида операциядан кейинги улим (16%)ни ташкил қилди.

Улим сабаблари: Упка артерияси тромбоэмболияси (1та беморда) перитонит билан (2), уткир буйрак ва жигар етишмовчилиги билан (1та бемор) улди. Улим тафсилоти асосан зудлик билан килинган операциялардан кейин юрак-кон томирлари йулдош касаллиги билан содир булди, кечиктирилган операциялардан кейин улим тафсилоти кузатилмади. Олинган маълумотлардан маълумки ханузгача операциядан кейинги улим суръатининг юкорилиги курсатадики уткир битишмали ичак тутилишининг профилактикаси борасида илмий изланишлар қилиш ва амалиётга уткир битишмали ичак тутилишини профилактика қиладиган янги усулларни татбиқ қилиш зарур. Корин бушлигидаги битишмаларни камайтиришнинг учта йули мавжуд: Биринчи навбатда корин парданинг жарохатланишини камайтириш,фибриннинг ҳосил булиши ва унинг емирилиши мувозанатини доривор моддалар билан бир меъёрда ушлаб туриш ва жарохатланган корин парда жойларини бир-бирига ёпишиб қолишига суюклик моддалари ёки ҳар хил мембраналар билан қуймаслик.

Ханузгача операциядан кейинги битишмаларни бартараф килиш усули йук. Хосил булган битишмаларни хирургик йул билан адгезиолизис килиш керак. Шунинг учун ҳам корин бушлигида килинаётган операцияларда битишмаларнинг хосил булишини камайтириш усулларини куллаш зарур. Ана шу мақсад учун корин бушлигида ёт жисмларнинг кам колиши (ип, клипсалар вахоказо), бушликларни кам жароҳатлаш, электрокаугуляцияни жуда аниқ бажариш, яхши гемостаз килиш, туқималарни хаддан ташкари ярани кенгайтирувчи асбоблар билан тортмаслик, туқималарнинг ишемия булишига йул куймаслик ва инфекцияга карши хар хил моддалар ишлатиш ва уларни кучини босиш керак. Хозирги вақтда клиництлар томонидан битишмаларнинг хосил булишини профилактика килишнинг асосий 6 механизм оркали таъсир килиш мумкинлиги аниқланган: Корин парда жароҳатини камайтириш, яллигланишга организмнинг биринчи жавобини камайтириш, фибриннинг хосил булишини бартараф килиш, фибринолизни фаоллаштириш, коллоген тупланишига ва фибринолитик холатларни бартараф килиш ва битишмаларнинг хосил булишини бартараф киладиган барьерлар ишлатиш. Ана шу холатларни хисобга олган холда биз уз амалиётимизда битишмаларни профилактика киладиган янги даволаш усулини таклиф килдик.

Назорат гуруҳидан фаркли уларок иккинчи гуруҳ 40 уткир битишмали ичак тутилиши билан беморларга такомиллашган комплекс даволаш тадбирларини утказдик. Бу такомиллашган даволашнинг мохияти куйидагича изоҳланади: Операциянинг асосий этаплари тугатилгандан кейин операциядан кейинги хаддан ташкари кучли битишмаларнинг хосил булиши патогенизида кушувчи туқималар толаларининг томирлар ва нерв толарига корин бушлигига тушган фибринлар билан бирга ушиб корин бушлиги аъзолари деворлари билан ёпишиб колиши асосий патогенези хисобланади. Ана шу холатларни хисобга олган холда битишмаларнинг хосил булишини профилактика килишда яра юзасини ажратадиган

гидрофлотация киладиган моддалар ишлатиш бугунги кун талаби хисобланади.

Бундай профилактик барьер моддаларни уларнинг агрегат ҳолатига қараб: газлар, суюқликлар, аэрозоллар, гел ва каттик моддалар пленка, мембраналар ва ҳар хил тузилмалар қиради. Ана шулардан охириги йилларда таклиф қилинаётган битишмага қарши сурулувчи гел, газлар, суюқликлар қорин бушлигида тез эмулция булади қорин бушлигида узок бўлмаган барьер эффект қурсатиб улгурмай чиқиб кетади. Каттик моддали тузузмалар эса қорин бушлигида маълум бир жойларида имплантация бўлиб қолади ва ёт жисмдек реакция берабошлайди. Шунинг учун ҳам ёпишган биологик инерт бўлган сурилувчан барьер хусусиятга эга бўлган, моддаларни қорин бушлигидаги битишма ҳосил бўлиш ҳолатини профилактика қилувчи муҳим моддалар деб хисоблаш мумкин.

Биз адабиётларда келтирилган фикрларга қушилган ҳолда, гел десерозлашган юзани ажратиш хусусиятига эга бўлиб, реэпителизация бўлишга имкон яратади. Қорин ичи адгезиясини бартараф қилишда энг муҳим асосида эфирли целлюлоза (метилцеллюлоза, карбоксиметилцеллюлозанинг натрийли тузи) моддаларини ишлатиш мақсадга мувофиқ хисобланади. Ана шундан сурилувчи барьер хусусиятга эга бўлган мадда “мезогель” (карбоксиметилцеллюлозанинг натрий тузи сувли гели)ни ишлатдик. Асосий гуруҳ беморларига лапаротомия ярасини тикишдан олдин қорин бушлигига битишмага қарши аралашма мезогель билан бирга юборилади. Мезогельнинг ҳажми беморнинг оғирлигига асосан 2,5мл/кг хисобида олинди. Операциядан кейинги даврда 2-3 кун дренаж най орқали мезогель юбориш давом эттирилди, қуйилган назогастрал зонд орқали махсус антиоксидант ва антигипоксантилар ичак деворларидаги микроциркуляцияни яхшилаш учун юборилди. Трансректал интубацион най орқали эндоген интоксикацияни пасайтириш учун энтеросорбентлар юборилади. Асосий гуруҳдаги аёллар сони (62,4%)-эркак (38,6%) ни ташкил қилди.

Асосий гуруҳда ҳам беморларни операция килиш курсатгичи худди назорат гуруҳидагидек булди. Зудлик билан килинган операциялар (86,8%) , тез килинган операциялар 13,2%ни ташкил килди. Огриксизлантириш усуллари, хирургик тактикалар, операция кесмаларини танлаш, операциянинг хажми хар бир бемор учун индивидуал холатда танланди. Бу тадбирлар назорат гуруҳи беморларидан анча фарк килишмади.

Беморларни операциядан олдинги ва кейинги даврда назорат килиш, эндотоксикознинг курсаткичларини аниклаш касалликнинг бошланиш даврида назорат гуруҳидан фарк килмади. Операциядан кейинги даврнинг мутадил утиши билан 4-5 кунлари эндотоксемия курсаткичлари пасая бошлади, 7-8 кунлари деярли нормал холатга тушди. Бундай холатнинг кузатилишида муҳим ахамиятли булиб, даволашда комплекс такомиллаш тадбирларининг кулланилиши булиб ҳисобланди. Айниқса операциянинг охирида корин бушлигига битишмаларни профилактика киладиган аралашма таркибига мезогельнинг кушилиши, трансректал ичакларни интубация килиб энтеросорбентларнинг ишлатилиши етакчи рол уйнайди. Умумий оксилнинг беморлар касалхоналарга тушиш пайтидаги микдори киёсий текширилганда перитонит булмаган беморларда иккала гуруҳда жуда катта тафовут аниқланмади.

Асосий гуруҳ беморларида операциядан кейинги асоратлар 40та бемордан 10тасида(25%) аниқланди. УБИТ билан биз таклиф килган такомиллашган даволаш ва профилактика усулларида кейин улим икки марта камайди(7,5%).

Шундай килиб битишмаларни уткир ичак тутулиши билан беморларни уз вақтида ташхислаб, сифатли операция килинганда ва корин бушлигида ҳосил булишини комплекс профилактика тадбирига (мезогель ишлатилиши) килинганда беморлардаги операциядан кейинги асоратлар 7% га ва улим тафсилотининг икки марта пасайишига эришилди.

Хулосалар

1. Уткир битишмали ичак тутилишининг ривожланишида асосий сабабчи корин бушлигида утказилган операциялар (98%) хисобланади. Диагноз куйишда диагностик алгоритмдан фойдаланиш ва уз вактида операция килиш юкори эффеќтли хисобланади.

2. Битишмаларни бартараф килишдаги таклиф килинган такомиллашган комплекс даволаш усули уткир битишмали ичак тутилиши билан улим суръатини икки марта (16% дан 7,5%га) ва операциядан кейинги асоратлар суръати 32%дан 25%га камайтирилди.

3. Уткир битишмали ичак тутилиши билан корин бушлигини операция пайтидида ва ундан кейин битишмаларни комплекс профилактика килишда мезогель эритмасининг ишлатилиши операциядан кейин ичак фаолиятининг тезда тикланишига, огрикнинг ва интоксикациянинг киска муддатда бартараф булишига олиб келади.

4. Уткир битишмали ичак тутилиши операция килиниб, ичакларни назоинтестинал ва трансректал интубация килиш мухим профилактик восита хисобланади.

Амалий тавсиялар.

1. Утқир битишмали ичак тутилишини эрта ташхислашда махсус алгоритмга асосланиш, беморнинг умумий куриги, анамнези аниқланган, объектив белгилар, лаборатория тахлили, рентген ва ультратовуш текширишлар муҳим ҳисобланади.
2. Беморларда эндоинтоксикациянинг оғирлик даражасини аниқлашда биохимик тахлиллар ва умумклиник белгиларни аниқлаш муҳим ҳисобланиб ва эффе́ктив даволашга имконият яратади.
3. Утқир битишмали ичак тутилишини ва келгусида битишмаларни профилактика қилишда такомиллашган усул: ичаклар декомпрессияси, энтеросорбция, қорин бушлигини операциядан кейин адекват абдовлаш, қорин бушлигини таркибида мезогель киритилган аралашма билан ловаж қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Адабиётлар руйхати

1. Абдуллаев С.А. Бомировов Б.Б. Новые технологии в профилактики спаечной болезни. Вестник врача, Самарканд 2014, № 3. с.25.
2. Абдуллаев С.А. // Битишма касаллигини даволаш ва профилактика муаммолари. // Самарканд, 2004, 22 с.
3. Абдуллаев С.А., Ахмедов А.И. // Особенности лечения спаечной кишечной непроходимости // (Материалы конгресса тезисы, доклады) Ташкент 2007 с.3
4. Абдуллин С.Г. // Способ прогнозирования течения кишечной непроходимости. // Ж. Скорая медицинская помощь. Санкт-Петербург, 2004. - №3 С.63-64.
5. Андреев Г.Н. // Спаечная кишечная непроходимость и абдоминальная спаечная болезнь. // Ж. Скорая медицинская помощь. Санкт-Петербург, 2004. - №3. - С.66-67.
6. Аталиев А.Е., Арифжанова З.Ш., Мадаминов Р.М. и др. // Ранняя спаечная кишечная непроходимость. // Ж. Хирургия Узбекистана. - 2002. - №3. - с.13.
7. Айвазян Ал.А., Гемилан М.Б., Мартиросян Н.Г. и др. Редкость спаечной кишечной непроходимости среди больных формой периодической болезни. Вопросы теоретической и клинической медицины. 2000, том 1,5, с.33-35
8. Андрейцев, П.К. Воскресенский // Эндоскопич. хирургия. 2002. - Т.8, №1. - С.41-55.
9. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Повзун С.А. и др. // Ишемические и перфузионные повреждения тонкой кишки при странгуляционной кишечной непроходимости. // Ж. Скорая медицинская помощь. Санкт-Петербург, 2004. - №3. - С.68-69.

10. Балащенко Д.Н. О влиянии операционной травмы брюшины на образовании внутрибрюшинных спаек и сращений // Ж. Вопросы клин. хир. и клинико-лабораторных исследований. –Л., 2000. – с. 78-95.
11. Баранов Г.А., Карбовский М.Ю. // Отдаленные результаты оперативного устранения спаечной кишечной непроходимости. // Хирургия. 2006. №7. ст. 56-60.
12. Бебуришвили, А.Г. Бессимптомные спайки брюшной полости / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, В.А. Воробьев // Эндоскопич. хирургия. 2006. Т. 12, №4. - С. 10-14.
13. Бушмелев В.А., Шараев П.Н. Прогноз течения раневого процесса после аппендэктомия с помощью оксипролинового теста // Ж. Хирургия .- 2000.-№8.-с.22-25.
14. Бебуришвили, А.Г. Лапароскопические операции при спаечной болезни / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, В.А. Воробьев // Хирургия. 2004. -№6. - С. 27-30.
15. Бебуришвили, А.Г. Лапароскопический адгезиолизис, дополненный минилапаротомией / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, В.В. Мандриков // Эндоскопич. хирургия. 2002. - №2. - С.13.
16. Бебуришвили, А.Г. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении болевой формы острой спаечной кишечной непроходимости / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, В.А. Воробьев // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2004. - №2. - С. 38-40.
17. Берелавичус, С.В. Лапароскопическая диагностика и лечение острой спаечной кишечной непроходимости / С.В. Берелавичус // Эндоскопич. хирургия. 2002. - №5. - С. 47-50.

18.П.Богданов, А.Е. Острая кишечная непроходимость / А.Е. Богданов, С.В. Силуянов // Неотложная абдоминальная хирургия: справ, пособие для врачей. М.:Триада-х, 2000. - С.281-325.

19.Буров, И.С. Моторно-эвакуаторные нарушения двенадцатиперстной кишки у детей с послеоперационной спаечной болезнью / И.С. Буров; ГОУ ВПО Ив.ГМА Росздрава. Иваново, 2004. - 7с.

20.Важенин А.В., Маханьков Д.О., Сидельников С.Ю. //Результаты лечение больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью.// Хирургия. 2007. №4. ст. 49-53.

21.Воробьев, А.А. Первый опыт использования «Клексана» для профилактики послеоперационных внутрибрюшных спаек / А.А. Воробьев, Е.А. Борисова // Вопр. реконструктив. и пластич. хирургии. — 2002. №2. - С. 33-34.

22.Воробьев, А.А. Послеоперационный спаечный процесс-прогнозирование в эксперименте и в клинике / А.А. Воробьев, А.Г. Бебуришвили // Вопр. реконструктив. и пластич. хирургии. 2002. -№1. - С. 42-44.

23.Воробьев, А.А. Проблемы и перспективы развития учения о послеоперационных спайках брюшной полости / А.А. Воробьев, С.В. Пронский // Вопр. реконструктив. и пластич. хирургии. 2006. - №4. -С.44-53.

24. Воробьев, А.А. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек / А.А. Воробьев, А.Г. Бебуришвили. Волгоград: Издатель, 2001. - 239 с.

25.Глушенко И.А., Липатов В.А., Морален Л.Н. //Морфологическая характеристика рецидивирующего спаечного процесса при использовании

различных способов его профилактики.//Ж. Скорая медицинская помощь. Санкт-Петербург, 2004- №3. - С.76-77.

26. Глущенко, И.А. Выбор оптимального способа адгезиолизиса / И.А. Глущенко, В.А. Липатов, Е.С. Романова // Материалы 4 Междунар. науч.-практ. конф. «Здоровье и образование в XXI веке». М., 2003.-С.153.

27.Гаврилик Б.Л., Гаврилик А.Б.Некоторые прогностические критерии индивидуальной предрасположенности к спайкообразованию брюшной полости.// Ж.Скорая медицинская помощь. Санкт-Петербург, 2004.-№3.-с.75-76..

28.Демидов В.М., Торбинский А.М., Демидов С.М. и др. //Новое в лечении и профилактике острой спаечной непроходимости. // Ж. Скорая медицинская помощь. //Санкт-Петербург, 2004.-№3. - С.83-84.

29.Дубяга А.В. Спайки брюшной полости или спаечная болезнь.// Ж. Вестник хирургии им.Грекова .И.И.-2000.-№8.-с.50-53.

30.Динерман Г.В., Бордуновский В.Н., Дрожилов М. А., и др.// Успешное лечение больной с множественными кишечными свищами.// хирургия 2003.№11.ст.44-46.

31.Добровольский С.Р., Узакбаева Д.И., Абушаибекх Л.Г., Садовый Р.Г. //Редкое причина тонкокишечной непроходимости.// Хирургия. 2005. №7. ст. 53-54.

32.Джалагания, Б.Т. Спаечная непроходимость кишечника / Б.Т. Джалагания // Вестн. хирургии И. И. Грекова. 2002. - Т.9, № 3. - С.95.

33.Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости / А.Г. Кригер, И.Л. Андрейцев, В.А. Горский и др. // Хирургия. 2001. - №7. - С. 25-29.

34. Дуданов, И.П. Лапароскопия при острой кишечной непроходимости / И.П. Дуданов // Эндоскопич. хирургия. 2005. - Т.11, № 1. - С. 41-47.
- 35.Ибадильдин А.С., Образцов М.С., Кадырбаев Р.В. и др. Лечебная тактика при острой кишечной непроходимости. // I-й Конгресс ассоциации хирургов им. Пирогова Н.И.- В кн.: Материалы конгресса (тезисы , доклады, сообщения).-г.Ташкент, 16-18 октября, 2006.-с.82-83.
36. Изменение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде у детей с острым аппендицитом / Б.Г. Сафронов, А.Ф. Дронов, В.В. Бакланов и др. // Хирургия. 2005. -№2.- С. 18-20.
- 37.Калиш Ю.И., Мадартов К.М., Метод хирургического лечения спаечной болезни и профилактика острой спаечной кишечной непроходимости.// Ж.Клин. хирургия .-2000.- №6. -с. 16-18.
- 38.Комаров О.А., Викторов В.В. Прогнозирование спаечной болезни брюшины у детей.// Ж.Скорая медицинская помощь. Санкт-Петербург, 2004.-№3.-с.89-90. .
- 39.Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Горский В.А. и др.Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Хирургия 2001; 7:25-29
- 40.Кригер А.Г.. Диагностика и лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости. Хирургия, 2005, 7,стр. 25-29
41. Комаров, О.А. Прогнозирование развития спаечной болезни у детей: дисканд. мед. наук / О.А. Комаров. — Уфа, 2005.
42. Коновалов, А.К. Особенности оперативной лапароскопии у детей младшего возраста при лечении острой спаечной кишечной непроходимости / А.К. Коновалов, А.В. Сергеев, В.В. Бирюков //Эндоскопич. хирургия. — 2002. №2. - С. 47.

43. Курыгин, А.А. Неотложная хирургическая гастроэнтерология.: Руководство для врачей / А.А. Курыгин, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. -М., 2001. С.111-128.
44. Липатов, В.А. Моделирование спаечного процесса брюшной полости / В.А. Липатов, Е.В. Кобзарева // Сб. работ 68-й итог. сес. КГМУ и отд-ния медико-биолог. наук Центр.-Чернозем. науч. центра РАМН. Ч. 1. -Курск, 2002. - С. 285-286.
45. Липатов, В.А. Обоснование применения геля метилцеллюлозы для профилактики послеоперационного спаечного процесса в брюшной полости: дис. канд. мед.наук /В.А. Липатов. Курск, 2004. - 156с.
46. Логинов, А.С. Болезни кишечника: рук-во для врачей / А.С. Логинов, А.И. Парфенов. -М., 2000. 631 с.
47. Маховкий В.З., Ворушили В.А., Печенкин Г.Б.//Фитобезоар как причина острой тонкокишечной непроходимости.// Хирургия. 2005. №7. ст. 54-55.
48. Минаев С.В., Немилова Т.К., Кнорринг Г.Я. Полиферментная терапия в профилактике спаечного процесса в брюшной полости у детей. Вестник Хирургии, 2006, том 165, 1, стр. 49-54
49. Магомедов, М.А. Профилактика образования послеоперационных спаек при перитоните: дис. . д-ра мед. наук / М.А. Магомедов. М., 2003.- 267 с.
50. Матвеев, Н.Л. Внутрибрюшные спайки — недооцененная проблема / Н.Л. Матвеев, Д.Ю. Арутюнян // Эндоскопия, хирургия. 2007. - №5. -С. 60-69.

51. Минаев, С. В. Полиферментная терапия в профилактике спаечного процесса в брюшной полости у детей / С. В. Минаев, Г.Ю. Кнорринг // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2006. - №1. - С. 49-54.
52. Мокряков, И. А. Клинико-функциональная характеристика абдоминального синдрома у детей, перенесших оперативные вмешательства на брюшной полости: автореф. дис. канд. мед. наук / И.А. Мокряков. Иваново, 2006.
53. Мирингоф А.Л., Новиков В.В. и др. Новый подход к профилактике и лечению послеоперационного спайкообразования. Эндоскопическая хирургия, 2007, том 13,6, 34-35.
54. Нетяга, А.А. Обоснование применения новых синтетических материалов для пластики брюшной стенки: дис. канд. мед. наук / А.А. Нетяга. Курск, 2002. - С. 83-89.
55. Николаева, Е.В. Спаечная болезнь и критерии клинко-экспериментального подхода / Е.В. Николаева // Качество медицинской помощи. 2004. - №1. - С. 8-18.
56. Попов Ю.П., Еремеев В.А., Скопин М.С., Хасан А.Ш. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости, вызванной желчным камнем. Хирургия 2006; 1: 49-52.
57. Попов Ю.П., Еремеев В.А., Скопин М.С., Хасан А.Ш. // Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости // Хирургия. 2003. №1 ст 49-523.
58. Плечев, В.В. Острая спаечная кишечная непроходимость (проблемы, решения) / В.В. Плечев, С.А. Пашков. Уфа: Башбиомед, 2004. - 280 с.

59. Попов, Л.А. Лечение спаечной болезни / Л.А. Попов, Т.Н. Мананникова, Е.Ю. Глухов //Эндоскопич. хирургия. 2006. - №6. - С. 36-41.
60. Прогнозирование развития спаечного процесса в брюшной полости по уровню оксипролина в моче / П.М. Лаврешин, В.К. Гобеджешвили, Р.К. Гезгиева, М.П. Лаврешин. Ставрополь, 2007.
61. Петров, В.П. Кишечная непроходимость / В.П. Петров, И.А. Ерюхин. - М.: Медицина, 1989. 288с.
62. Профилактика осложнений при лапароскопических операциях по поводу острой спаечной кишечной непроходимости / И.Л. Андрейцев, С.В. Берелавичус, В.А. Горский, А.Г. Кригер // Эндоскопич. хирургия . -2002. № 2. - С. 10.
63. Прутовых, Н.Н. Иммунологические и биохимические аспекты формирования спаечной болезни у детей / Н.Н. Прутовых, Н.Д. Панасенкова, С.А. Архипов // Детская хирургия. — 2002. №3. - С. 2933.
64. Романовский В.Г., Чупрынин В.Д., Шкруднев Л.Д. Пути улучшение диагностики, лечения и профилактики спаечной болезни брюшной полости.//Ж.Эндоскопическая хирургия.-2000.-№2.-с.58-60.
65. Роль лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита / Б.Т. Гулямов, Ш.К. Атаджанов, А.Т. Эрметов и др. // Бюл. ассоциации врачей Узбекистана. 2004. - №3. - С. 145-148.
66. Рубцов, О.Ю. Новый подход в предупреждении спайкообразования брюшной полости / О.Ю. Рубцов, А.П. Власова // Третий конгр. ассоциации хирургов имени Н.И. Пирогова: материалы конгр. М., 2001. - С.51-52.

67. Суванкулов У.Т. Прогнозирование и профилактика спаечных осложнений при аппендикулярном перитоните у детей.: автореф. дис... канд. мед. наук.- Ташкент, 2006.- 22с.
68. Салимов, Ш.Т. Лечение послеоперационной спаечной болезни у детей / Ш.Т. Салимов, Г.С. Адалова, Э.А. Бердиев // Детская хирургия. -2006.- №4.-С. 15-17.
69. Свинобой, Н.Н. Оперативная лапароскопия в лечении спаечной болезни у детей / Н.Н. Свинобой, Л.Н. Лазарева // Мед. сестра. — 2004. - №2.-С. 9-10.
70. Скрыбин, К.Г. Хитин и хитозан: получение, свойства и применение / К.Г. Скрыбин, Г.А. Вихорева, В.П. Варламов. М.: Наука 2002. - 303с.
71. Смирнова, А.Е. Эффективность применения лонгидазы в терапии спаечного процесса на фоне хронического воспаления внутренних половых органов / А.Е. Смирнова // Фармотека. 2006. - №14. - С. 6771.
72. Спаечная болезнь брюшины / А.Г. Бебуришвили, В.А. Воробьев, И.В. Михин, И.С. Попова // Эндоскопич. хирургия. 2003. - Т.№1. - С.51-63.
73. Тотиков В.З., Калицова М.В., Амриллаева В.М. Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости // Хирургия.-2006.-№2-С-2.38-43.
74. Тотиков В.З., Хестанов А.К., Зураев К.Э. и др. // Хирургическое лечение обтурационной непроходимости ободочной кишки.// Хирургия. 2001. №8. ст.
75. Тимофеев, М.Е. Лапароскопия в диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости: Автореф. дис. канд. мед. наук / М.Е. Тимофеев. М., 2000. - 26с.

76. Томашев, П.Н. Комбинированная иммунокоррекция в комплексном лечении больных с острой спаечной кишечной непроходимостью // Автореф. дис. канд. мед. наук / П.Н. Томашев. М., 2007. - 187с.
77. Тотиков В.З., Калицова М.В., Амриллаева В.М. // Лечебно-диагностическая программа при острой спаечной обтурационной тонкокишечной непроходимости. // Хирургия. 2006. №2. ст. 38-43.
78. Филенко Б.П., Сазонов К.Н., Мирошниченко А.Г. и др. Возможности профилактики спаечной болезни после аппендектомии. // Ж.Вестник хирургии им. Грекова И.И.-2000.-Т.159.-№2.-с.73-77.
79. Федотов В.В., Плотников В.В., Чинарев Ю.Б., Спирев В.В. // Аептический первично-отсроченный Т-образный толстокишечный анастомоз в неотложной хирургии ободочной кишки. // хирургия 2006. №4. ст. 63-66.
80. Федоров, В.Д. Хирургическая «эпидемиология» образования спаек в брюшной полости / В.Д. Федоров, В.А. Кубышкин, А.И. Козлов // Хирургия. 2004. - №6. - С.50-53.
81. Филенко, Б.П. Возможности лечения и профилактики острой спаечной кишечной непроходимости: дис. канд. мед. наук / Б.П. Филенко. -М., 2000. 190с.
82. Филенко, Б.П. Возможности профилактики спаечной болезни после аппендэктомии / Б.П. Филенко, К.Н. Сазонов, А.Г. Мирошниченко // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 2002. - №2. - С. 73-77.
83. Хаджибаев А.М., Янгиев Б.А., Ступин В.В. редкие формы острой кишечной непроходимости. Материалы научно-практической конференции хирургов Российской Федерации. Ст-Петербург, 3-4 июля 2004; 133-134.

84. Хорошилова, И.Е. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию / И.Е. Хорошилова. СПб., 2000. - 376с
85. Шаполеев. В.В. Лапароскопическое лечение спаечной болезни брюшной полости / В.В. Шаполеев, Н.Г. Корнилов // Хирургия. 2005. -№4.- С. 31-32.
86. Alimoglu O., Akcakaya A., Sahin M. et. Al. Prevention of adhesion formations following repair of abdominal wall defects with prosthetic materials (an experimental study) .// Hepatogastroenterology. — 2003.— N50 (51) . – P. 725-728.
87. A novel approach to reducing postoperative intraperitoneal adhesions through the inhibition of insulinlike growth factor I activity / M.L. Gimbel, D. Chelius, T.K. Hunt, E.M. Spenser // Arch. Surg. 2001. - Vol. 136, №3. - P. 311-317.
88. Adhesion formation can be reduced by the suppression of transforming growth factor-beta 1 activity / N. Fukui, T. Tashiro, H. Hiraoka et al. // J. Orthop. Res.-2000.-Vol. 18, N2.-P. 212-219.
89. Adhesions from flexor tendon surgery: an animal study comparing surgical techniques / I. Hatano, A. Suga, E. Diao et al. // J. Hand. Surg. -2000. Vol. 25,N2.-P. 252-259.
90. Al-Mulhim, A.A. Laparoscopic management of acute small bowel obstruction. Experience from a Saudi teaching hospital / A.A. Al-Mulhim // Surg. Endosc. 2000. - Vol. 14, N2.-C. 157-160.
91. Arion, H. Carboxymethylcellulose hydrogel-filled breast implants. Our experience in 15 years / H. Arion Ann // Chir. Plast. Esthet. 2001. - Vol. 46, N1.- C. 55-59.

92. Bane C.L., Jennigs C. Adhesion reduction as a new treatment innovation. // AORN J.-2004.-Vol. 67, N4.-P. 774-781-782.
93. Baptista, M.L. Seprafilm reduces adhesions to polypropylene mesh / M.L. Baptista, M.E. Bonsack // *Surgeri*. 2000. - Vol. 128, N1. - P. 86-92. 92
94. Barrier agents for preventing adhesions after surgery for subfertility / C. Farguhar, P. Vandekerckhove, A. Watson et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2000. - Vol. 2.
95. Bergstrom, M. CO₂ promotes plasminogen activator inhibitor type 1 expression in human mesothelial cell / M. Bergstrom, P. Falk, L. Holmdahl // *Surg. Endosc.*-2003.-Vol. 17, N11.-P. 1818-1822.
96. Curro G., Iapichino G., Barberio F. et al. Gallstone ileus: report of a case successfully treated by laparoscopically-assisted enterolithotomy Jansen R. Prevention and treatment of postsurgions. // *Med. J. Aust.* -2000.-Vol. 152, N6. -P. 305-306.
97. Claus, C. Acute hemoperitoneum caused by rupture of omentum adhesions after running / C. Claus, B. Vrijer // *Surg. Endosc.* 2001. - Vol. 15, N4. -P. 413.
98. Coleman, M.G. Impact of previous surgery on time taken for incisions and division of adhesions during laparotomy / M.G. Coleman, A.D. McLain, B.J. Moran // *Br J Surg.* 2000. - Vol. 43. - P. 1297-1299.
99. Cubukcu, A. Mitomycin C-prevents reformation of intra-abdominal adhesions after adhesiolysis / A. Cubukcu, A. Alponat, N.N. Gonullu // *Surgeri*. 2002. - Vol. 131, N1. - P. 81-84.
100. Chegini N. Peritoneal molecular environment, adhesion formation and clinical implication. // *Front Biosci.* - 2002. - N7. - p. 91-115.

101. Chen, Y. Surgical adhesions: evidence for adsorption of surfactant to peritoneal mesothelium / Y. Chen, B.A. Hills, N. Z. Aust // J. Surg. 2000. - Vol.70, N6.-P. 443-447.
102. Cherini, N. Peritoneal molecular environment, adhesion formation and clinical implication / N.Cherini // Journal and Virtual Librai. 2002. -Vol.7.-P. 91-115.
103. Demonstrating the clinical and cost effectiveness of adhesion reduction strategies / M.S. Wilson, D. Menzies, A.D. Knight, A.M. Crowe // Colorectal Dis. 2002. - Vol. 4, N5. - P. 355-360.
104. Development of novel glucose polymer solution (icodextrin) for adhesion: pre-clinical studies / S.J.S. Verco, E.M. Peers, C.B. Brown et al. //Hum Reprod.-2000.-Vol. 15.-P. 1764-1772.
105. Diamond, M.P. Use of the PRO ACT System for reduction of postsurgical peritoneal adhesions / M.P. Diamond, K. Stecco, A.J. Paulson // Fertil. Steril. 2003. - Vol. 79, №1. - p. 198-202.
106. Differential expression of TGF- beta1 and TGF-beta3 in serosal tissues of human intraperitoneal organs and peritoneal adhesions / N. Chegini, K. Kotseos, Y. Zhao et al. // Hum. Reprod. 2001. - Vol. 16, №6. - P. 1291-1300.
107. DiZerega, G.S. Peritoneal repair and post-surgical adhesion formation / G.S. DiZerega, J.D. Campeau // Hum. Reprod. 2001. - Vol. 7, N6. - P. 547-555.
108. Effect of sodium carboxymethylcellulose and methylprednisolone on the healing of jejunal anastomoses in rats / A.A. Sousa, A. Petroianu, N. V. Trapiello et al. // Braz J. Med. Biol. Res. 2001. - Vol. 34, N4. - P. 519-523.

109. Effects of hyaluronic acid-carboxymethylcellulose antiadhesion barrier on ischemic colonic anastomosis: an experimental study /B. Ekci, N. Sakogli, H. Balci et al. // Dis. Colon. Rectum.- 2003. Vol. 46, N4. - P. 529-534.
110. Elwen, R.J. Stability of cefepime in icodextrin peritoneal dialysis solution / RJ. Elwen, L.R.Volino, R.F. Frye // Ann Pharmacother. 2004. - Vol.38, N1.-P. 2041-2044.
111. Evaluation of resorbable barriers for preventing surgical adhesions / P.B. Arnold, C.W. Green, P.A. Foresman, G.T. Rodeheaver // Fertil. Steril. -2000.- Vol. 73, N1.-P. 157-161.
112. Expression of matrix metalloproteinase (MMP-1) and tissue inhibitor of MMP in serosal tissue of intraperitoneal organs and adhesions / N. Chegini,
113. Effects of diphenhydramine HCl and metylprednisolone in the prevention of abdominal adhesions / F.M. Avsar, M. Sahin, F. Aksou et al. // Amer J. Surg. 2001. - Vol. 181, №6. - P. 512-515.
114. Effects of fine different barrier materials on postsurgical adhesion formation in the rat / B.W. Hellebrekers, G.C.M. Trimbos-Kemper, C.A. Van Blitterswijk et al. // Human. Reproduction. 2000. - Vol. 15, N6. - P. 1358-1363.
- 115.Kirchmayr W., Muhlmann G., Zitt M. et al/ Gallstone ileus: rare and still controversial. ANZ J Surg 2005;74:4: 234-238.
116. K. Kotseos, Y. Zhao et al. // Fertil. Steril. 2001. - Vol. 76, №6. - P. 1212-1219.
117. Lassandro F., Gagliardi N., Scuderi M. et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients .Eur J Radiol 2004;50: 1: 23-29.

118. Lucas P. A., Warejcka D. J., Zhang L.M. et al. Effect of rat mesenchymal stem cells on development of abdominal adhesions after surgery. // J.Surg. Res. 2006, N2 (62) .-P.229-232.

119. Lower, A.M. The impact of adhesions on hospital readmissions over ten years after 8849 open gynaecological operations: an assessment from the Surgical and Clinical Adhesions Research Study / A.M. Lower // B.J.O.G. - 2000.-Vol. 107,N7.-P. 855-862.

120. McDonald M.N., Elkins T.E., Wotham G.F. et al . Adhesion formation and prevention after peritoneal injury and repair in the rabbit .// Reprod .Med. -2003. 39.-Vol. 33,N5. -P.436-439. Risberg B. Adhesions: preventive strategies. // Eur. J. surg.-2002.-Vol.577. -P.32-39. Stonberg K. Smooth Muscle simulation lipide appealing on histamine release in the and Guinea-Pig. Stockholm, 2001.

121. Menzies, D. Use of icodextrin 4% solution in the prevention of adhesion formation following general surgery: from the multicentre ARIEL Registry / D. Menzies, M.H. Pascual, M.K Walz // Ann R Coll. Surg. Engl. 2006. - Vol.88,N4.-P. 375-382.

122 . Metabolic regulation of collagen I in fibroblasts isolated from normal peritoneum and adhesions by dichloroacetic acid / M.P. ArDiamond, E.A. El-Hammady, R. Wang, G. Saed // Amer J. Obstet. Gynecol. 2002. - Vol. 187, №6. - P.1456-1460.

123. Morbidity and mortality of inadvertent enterotomy during adhesiotomy / A.A. van der Krabben, F.R. Dijkstra, M. Nieuwenhuijzen et al. // Br J Surg. 2000. - Vol. 87. - P. 467-471.

124. Fewer adhesions inhesions induced by laparoscopic surgery? / C.N. Gutt, T. Oniu, P. Schemmer et al. // Surg Endosc.- 2004. Vol. 18. - P. 898-906.

125. Fluid dynamics in man of an intraperitoneal drug delivery solution: 4% icodextrin / K. Hosie, J.A. Gilbert, D. Kerr et al. // *Drug Devl.* 2001. -Vol. 8,N1.-P. 9-12.
126. Ford, J. Long-term follow up of pain and quality of life scores after laparoscopic adhesiolysis / J. Ford, J. English, T. Giannopoulos // *Reviews in Gynaecological Practice.* 2003. — Vol. 3, N1.
127. Hay, W.P. One percent sodium carboxymethylcellulose prevents experimentally induced abdominal adhesions in horses / W.P. Hay // *Vet. Surg.* 2001. - Vol. 30, N3. - P. 223-227.
128. Icodextrin reduces postoperative adhesion formation in rats without affecting peritoneal metastasis / P. van den Toi, S. Ten Raa, H. van Grevenstein et al. // *Surgery.* 2005. - Vol. 137. - P. 348-354.
129. Interleukin-1 receptor antagonist polymorphism in women with peritoneal adhesions / F. Wieser, C. Tempfer, G. Schneeberger et al. // *BJOG.*- 2002. - Vol.109, N1.-P. 1298-1300.
130. Johns, D.A. Initial feasibility study of a sprayable hydrogel adhesion barrier system in patients undergoing laparoscopic ovarian surgery / D.A. Johns, R. Ferland // *Fertil Steril.* 2002. - Vol. 77. - P. S21-S22.
131. Pathologic guiz cace. Abdominal mass with adhesions / T.J. Gluckman, M. Li-Cheng-Wu, M.R. Pins, S. Johnson // *Arch. Path. Lab. Med.* 2000. - Vol. 124, №6. -P. 915-916.
132. Peritoneal adhesions: ethiology, pathophysioligy, and clinical significance. Recent advances in prevention and management / T. Liakakos, N. Thomakos, P.M. Fine et al. // *Dig Surg.* 2001. - Vol. 18. - P. 260-273. 126

133. Post, S. Operative therapy for the small-bowel ileus: abandoned, tried and true, and current techniques / S. Post, K.L. Schuster // *Der. Chirurg.* 2000. -Vol. 5.-P. 524-531.
134. Postoperative adhesion prevention with an oxidized regenerated cellulose adhesion barrier in infertile women / T. Sawada, H. Nishizawa, E. Nishio, M. Kadowaki // *J. Reprod. Med.* 2000. - Vol. 45, N5. - P. 387-389.
135. Prevention of adhesions to polypropylene mesh in a traumatized bowel model / R.C. Dinsmore, W.C. Calton, S.B. Harvey, M.W. Blaney // *J. Amer. Coll. Surg.* -2000. Vol. 191, №2.-P. 131-136.
136. Prospective, randomized, multicentre, controlled study of the safety of Seprafilm adhesion barrier in abdominopelvic surgery / D.E. Beck, Z. Cohen, J.W. Flechman et al. // *Dis Colon Rectum.* 2003. - Vol. 46. - P. 1310-1319.
137. Rogers, K.E. Effect of intraperitoneal 4% icodextrin solution on the healing of bowel anastomoses and laparotomy incisions in rabbits / K.E. Rogers, S.J.S. Verco, G.S. diZerega // *Colorectal Dis.* 2003. - Vol. 5, N4. - P. 324-330.
138. Role of plasminogen activators in peritoneal adhesion formation / H. Sulaiman, L. Dawson, G.J. Laurent et al. // *Biochem. Soc. Trans.* 2002. -Vol. 30, №2. - P. 126-131.
139. The effect of octreotide on postoperative adhesion formation / A. Baykal, A. Ozdemir, N. Renda et al. // *Can. J. Surg.* 2000. - Vol. 43, N1. - P. 43-47.
140. The effectiveness of systemic antibiotics in preventing postoperative, intraabdominal adhesions in an animal model / M. Oncel, N. Kurt, F.H. Remzi et al. // *J. surg. Res.* 2001. - Vol. 101, №1. - P.52-55.

141. Use of fibrinolytic agents in the prevention of postoperative adhesion formation / B.W. Hellebbrekers, T.C. Trimbos-Kemper, J.B. Trimbos et al. // Fertil. Steril. 2000. - Vol. 74, N2. - P. 203-212.