

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKACI
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ФАРФОНА ФИЛИАЛИ

RESPUBLIKA ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ

ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИНИНГ

ФАРФОНА ФИЛИАЛИ



ТИББИЁТНИНГ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

*Тошкент тиббиёт академияси
Фарғона филиали ва Республика
шошилинч тиббий ёрдам илмий
марказининг Фарғона филиали
профессор-ўқитувчилари, ходимлари
ҳамда талабаларининг
«2014 йил – Соғлом бола йили»га
бағишланган*

*«Тиббиётнинг долзарб муаммолари»
маърузидаги*

КУШМА ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ
МАТЕРИАЛЛАРИ

57% да жаа оргиконо утуди. Екин буйнуса 12 баша — 17%, 13 баша — 14%, 14 баша — 18%, 15 баша — 20%, 16 баша — 23%, 17 баша — 6% хайт кўрниси бошлаган.

Хайт кўрниси куйлари буйнуса 3 кунгача — 29%, 4 кундан 5 кунгача — 47%, 6-7 кунгача — 16% ке талкии кийди.

Иди танкислети буг талба кизларинче 22, 9% пнч хайт кўрниси пикни оргис баша, 39, 5% жаа оргисеи башади. Хайт кўрниси бети буйнуса 13 баша — 17, 3%, 14 баша — 12, 6%, 15 баша — 16, 6%, 16-17 баша — 9% да бошлаган. Хайт кўрниси куйлари буйнуса 3 кунгача — 14, 2%, 4 кундан — 5 кунгача — 27, 2%, 5 кундан 6 кунгача — 13, 9% да башади.

18, 9% талбайлар хайт жарейини буюлиши туфайли акушер-гинеколог кабулгата борганлар. Акушер-гинеколог хушурга борингига нима тузелиши кийди деган саволга университет талба кизлари куйбулгича жааб бердилар: 59, 3% — «узалиш», 23% — «бормашы» га 17, 7% — «кормисы вахшигига туфайли».

Хулосадар

1. Талаба кизларда хайт инкеланинг буюлиши уларнинг нормал ривожланишига салбий таъсир кийди. Бу турунги ташкии кийди талбайлар репродуктив суюматлик хейнда билимлари эса буюлиши керек.

2. Боноят буюлиш кизларинг репродуктив суюматлик кийдиши учун уз вақтида йаа танкислети буйнуса профилактика чорадар олиб борши мухим вақийветта эди.

РЕГИОНАЛЪНАЯ ЛИМФОЦИТАРНОСТИМУЛЯЦИЯ ПРИ ХИРЪТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ С НАСЛЕДСТВЕННЫМ ФАКТОРОМ

А.Мажкубов, С.В. Копирев, Ф.Ф. Хамидов

Авличанский Государственный медицинский институт

Язвенная болезнь желудка выражается ослаблением защитных функций организма. Тубирия иммунологического сланинг находитса в прямой зависимости от степени тяжести клинического течения язвенной болезни. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с наследственным фактором сопровождается угнетением фагоцитоза, уменьшением содержания пронирина, коллимента, оксигеника; дуктивности и количества Т-лимфоцитов при неизлечительном увеличенной количества В-лимфоцитов и росте количества О-клеток.

В основу настоящей работы положены результаты клинико-лабораторического исследования 396 больных дуоденальной язвой с наследственным фактором. Больничества больнык (91, 2%) были в возрасте от 21 до 50 лет. Дни мужского пола было 88, 4%, женского — 11, 6%. Больные были разделены на 2 сопоставимые группы: контрольную (116), у которых в послеоперационном периоде региональные лимфоцитарности были не проведены и основную (280 больных), у которых проводилась региональная лимфоцитарностимуляция. Все больные перенесли резекцию желудка: 171 — по Билроту II, 225 — по Билроту I.

В послеоперационном периоде региональная лимфоцитарностимуляция проводилась через малый салниг или круглую связку печени. Анализ иммунологических показателей до и после операции в основной группе больных дуоденальной язвой с наследственным фактором показал, что примененная региональная лимфоцитарностимуляция обуславливает увеличение (при исходном понижении) абсолютного и относительного количества лимфоцитов (р 0, 01 — 0, 001), при этом увеличивается до нормы количество Т-лимфоцитов (р 0, 05 — 0, 01), а количество В-лимфоцитов повышается до нормы (р 0, 01). Исследования содержания сывороточных

иммуноглобулинов показали модулирующий эффект проведенному лечению, исходно повышенный их уровень снижается, приближаясь к норме (р 0, 05 — 0, 01).

В контрольной группе сланинг и показатели иммунологического статуса больных дуоденальной язвой после операции характеризовались на расстоянии иммунодефицитом. Особо отмечалось отрицательное воздействие операции на иммунологические показатели, выражающееся еще большей степени снижения количества Т-лимфоцитов.

Таким образом, полученные данные дают основание говорить о нарушении иммунологического гомеостаза у больных дуоденальной язвой с наследственным фактором, особенно у больных осложненными формами болезни. Эти иммунологические нарушения еще больше усугубляются в послеоперационном периоде, особенно у тех больных, у которых не проводится иммунокоррекция.

Язвен образам, региональная лимфоцитарностимуляция проводимая в послеоперационном периоде через малый салниг или круглую связку печени при резекции желудка обеспечивает более быстрее восстановление функции оперированного желудка. Это проявляется в повышении общего иммунитета и местного иммунологического статуса, в более ранней ликвидации макроциркуля рывых расстройств и стеча оперированного желудка и кишечника, в восстановлении двигательной секреторной и тургоральной деятельности желудочно-кишечного тракта.

ИММУНИДНИЙ ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С РАДИКАЛЬНЫМ ФОРМАМИ ЗОБА

К.А. Мажкубов, Н.И. Махмудов, Ф.Ф. Хамидов

Кафедра хирургических болезней и военно-полевой хирургии

Авличанский Государственный медицинский институт

Наличие злокачественной опухоли является нарушением гомеостатической структуры иммунооперационной лимфоцитарности желудка больных с простыми и рецидивным зобом, а также иммунологического фона больных при получении и в динамике после операции.

Исследования крови и сыворотки крови 131 больного с различными клирическими формами зоба до и после операции: гемиструктурной, субтотальной и экзонимной резекции щитовидной железы. Анализируются к тиреотубулину в сыворотке больных определяли радиоиммунологическим методом, получены Т- и В-лимфоцитарностомом строгимого рождкообразованиа в модифициши Ф.Ю.Д зарба.

Все больные с зобом и его рецидивами были разделены на 4 группы в зависимости от клинических форм: диффузно-токсический зоб (I/113 — 59%), смешанный эутиреоидный зоб (26), узловой (30) и многоузловой эутиреоидный зоб (16). Среди больных с зобом с наибольшей частотой (38%) аутоиммунный процесс выявился при ДТЗ. Из 26 обследованных больных с многоузловым эутиреоидным зобом лишь у нескольких была обнаружена лимфоидная инфильтрация.

Исследия морфологического строения лимфоидной железы при повторной операции (рецидив зоба), выявила, что олазодя (уже диффузная) лимфоидная инфильтрация встречается чаще, чем при простом зобе: при рецидиве ДТЗ 6- в 1, 5 раза, смешанного эутиреоидного зоба — в 2, 5 раза, эутиреоидного узлоного зоба — в 2 раза, эутиреоидного многоузлоного зоба — в 6, 5 раза.

Иммунологический фон больных с рецидивным зобом при поступлении в госпиталь характеризовался значительной частотой выявления аутоантител против тиреоглобулина — 65% случаев, повышенным количеством В-лимфоцитов — 34, 0±3,

методом стигматизации кишечной моторики, спазмолитиков, ноларгических, вазодилататоров, инфузионно-детоксикационной терапии сифонной и очистительной клизм. Критерии качества консервативной терапии — ее длительность. А эффективность. Если диагноз острой СЖН не вызван сомнений, то консервативная терапия в течение 2-3ч была и предоперационной подготовкой. Проведен анализ результатов операций выполненных у 116 больных в возрасте 1 года 15 лет за период с 2006 по 2010гг. на базе отделения детской хирургии ФФНЦЭМП. Дети оперированы по поводу различной степени брыжистой кишечной непроходимости, чаще всего непроходимости, перитонита). Связана непроходимость в 59% случаев наблюдается после острой аппендицита, в эту структуру после деструктивных форм, осложненных перитонитом. В 25,7% остра спаянная непроходимость (ОСЖН) развивается после различных форм непроходимости кишечника и в 11,5% случаев в этой группе она наблюдалась после операций по поводу инвагинации кишечника, особенно после резекции нежизнеспособного участка кишки. В 12,4 случаев ОСЖН развивалась после травмы органов брюшной полости, чаще после спленэктомии, что связано в первую очередь, с иммунодефицитным состоянием и последующими инфекциями кишечника.

Для диагностики острой кишечной непроходимости применяли клинико-рентгенологические исследования. УЗИ органов брюшной полости.

Результаты и обсуждение. У 71 (64, 5%) из 116 детей оперированных по поводу острой кишечной непроходимости, выявлено обнаруживалось в кимозальной области, у остальных 45 (34, 5%) спаянный процесс занял брыжистую полость без брыжистой кишки окантацией в какой-либо области. В первые 6 часов забрюшинная брыжа оперирован 78 (77%) больных, спустя 12 часов с момента забрюшинная 33 (27, 0%) через 24 часа 34, 1%)

Вид и объем хирургического вмешательства при СЖН зависят от распространённости спаянного процесса, нарушения проходимости, фазы заболевания, тяжести перитонита и шока. Во время операции у большинства детей обнаруживались внебрыжистые и внеперитонеальные спайки. Расстояние спая было в среднем 94, 6% детей, резекция тонкой кишки у 5, 4% и 2 из них перенесли комбинированных вмешательства, включение резекции кишки и сальника. Операция заканчивалась декомпрессией желудочно — кишечного тракта путем неэкспозиционной интубации.

В послеоперационном периоде различное осложнение наблюдалось у 17(14, 6%) больных: перитонит у 1(0, 8%) парез кишечника 13(11, 2%) пневмония у 3(2, 8%) Высок. Хирургическая тактика у детей с острой спаянной кишечной непроходимостью представляется индивидуальной. Применение декомпрессии кишечника позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Д.М.Ольжичев, Р.Х.Ханулова, М.А.Абварова
Ферганский филиал Ташкентской Медицинской Академии

Антикоагулянтная терапия является одним из наиболее используемых в практической медицине подходов. Антикоагулянты — это высокоэффективные препараты, применяемые во многих клинических ситуациях, включающих острые миокардические состояния, длительную подерживающую и профилактическую терапию. Их основным эффектом является улучшение реологических свойств крови и антипрогрессивное действие. Статьи об использовании препаратов и в качестве

важной терапии остро коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения, тромбоэмболических состояний, пороков сердца, мерцательной аритмии и других сердечно-сосудистых заболеваний, а также широко используются в хирургии для профилактики тромбозов в послеоперационном периоде. В то же время нецелесообразно называть антикоагулянтное лечение острое осложнение, в первую очередь — мерцательную аритмию, что в большинстве случаев превалирует над пользой подхода в выборе препарата и схемы его использования, а также оценки всех факторов риска у каждого конкретного пациента и отсрочки негативных эффектов, что может оказать влияние на соотношение пользы/риска лечения. Особенно актуальным остается вопрос о профилактике введя таких пациентов именно в амбулаторной практике. Также, необходимо более широко внедрение практики самоконтроля гемостаза пациентом с помощью портативных коагулометров, и в соответствии с получаемыми результатами корректировать дозы антикоагулянта (либо принимать с помощью глюкометров у больных сахарным диабетом). Это крайне важно, учитывая необходимость высокой приверженности к лечению и своевременной коррекции схемы терапии при развитии каких-либо осложнений. Во время лечения пациент, который принимает антикоагулянты длительно, несомненно должен регулярно все изменения в схеме лечения, состоянии здоровья, а также приверженности больному к терапии. Необходимо регулярно отслеживать наличие признаков тромбоцитопении или геморагических осложнений. Исходя из полученных результатов, дозу препарата нужно корректировать согласно творческому аппарату. Необходимость коррекции дозы определяется также результатами оценки МНО и его ежедневными уровнями для конкретного пациента. При планировании проведения каких-либо инвазивных процедур врач должен принимать решение о прекращении возобновления антикоагулянтной терапии. Для каждого состояния, требующего проведения длительной антикоагулянтной терапии, существует несколько вариантов тактик пациентом, которые существенно различаются между собой. Одним из необходимо знать врачу амбулаторной практики.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ДИФТЕРИЕЙ БОЛЕЗНЬЮ ДИФТЕРИЕЙ ШТИПТЕРИЕЙ КИШКИ ПРИ ПРЕДАВАНИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ ИММУНОСТИМУЛЯЦИИ

Е.А.Джангулова, Д.И.Мамедов, Ф.Ф.Хомидов
Анжаканский Государственный медицинский институт

Иммунологические сдвиги в организме играют существенную роль в патогенезе острой болезни дифтерийно-стиптерной кишки, влияя на частоту рецидивов и рецидивов язв и тяжесть течения заболевания.

В этой связи представляло интерес уточнить, какое влияние оказывает региональная иммуностимуляция на показатели Т- и В-системы иммунитета у больных дифтерийно-стиптерной болезнью.

В основу настоящей работы положены результаты клинико-иммунологического исследования 78 больных с дифтерийно-стиптерной болезнью, которые были разделены на 2 сопоставимые группы: контрольную (30), у которых в послеоперационном периоде региональная иммуностимуляция не проводилась, и основную (48-больных), у которых проводилась региональная иммуностимуляция с Т-активатором. Все больные перенесли резекцию желудка 20 - по Вильрот II, 58 - по Бильрот I.

патологический процесс прогрессировал, нарастали перитонические явления, интоксикация, что вызвало необходимость оперативного вмешательства. Неблагоприятный в отношении прогноза исход на фоне выраженной интоксикации является развитием энцефалопатии с паникоманиями и длительным возбуждением. В анамнезе группы больных интоксикационных энцефалопатий была у 17. Обычно она начиналась на 3-4-й день и продолжалась до 7 дней.

Накануне операции вмешательству явились перитонит, а также отечные экскреционы от консервативного лечения, нарастающие интоксикации с прогрессирующим местным изменением и появлением признаков перитонита, что подтверждалось лабораторными данными.

Оперативное вмешательство выполняли из верхнего срединного доступа. Пронзательный разрез и определяли характер поражения подлежащего желудка, желудочнокишечных путей, степень распространения отека в забрюшинной клетчатке. Демонстрировали панкреатических и желчных протоков оуместившись путем наложения контркатетной или на протяжении холедохостомы. Дренировали саллинговую сумку таким образом, чтобы трубка достигала нижней ее точки и помещалась в большой лист. Навис разрезотом и привели у 4 больных способ дренирования околочелющелудочной клетчатки при ее выраженной имбуции. Пронзательный рассечение паранефальной брюшины strada от 12-перстной кишки (аппроксимация ее по Кохеру). Пазухи подлежающей железы в клетчатке пальцем делали ход до среднего оттока подлежающей железы. При этом, как правило, выделялся значительное количество экссудата. В разрез брюшины ставили перитонку и трубку, фиксировали кетгут, выводя дренаж через боковой разрез в прямом подреберье. Полость малого таза дренировали через правую подлопаточную область.

Демонстрируя желчных и панкреатических протоков (холедохостомы) привели к снижению внутрипротокового давления, что определяло или сокращало действие гидроэлектрического фактора, улучшило кровообращение в паренхиме поджелудочной железы и, следовательно, улучшило дальнейшее развитие (нарастающее) деструкции в ней. Соединение холедохостомы с дренированием саллинговой сумки и паранефальной клетчатки позволяет удалить агрессивный экссудат кратчайшим путем и предупредить развитие той или иной околочелющелудочной клетчатки саллинговой сумки и паранефальной клетчатки.

Из общего числа наблюдений консервативно леченых 218 (90,1%) больных, оперированных в urgentном порядке по поводу деструктивных форм острого панкреатита — 24 (9,9%) больных.

Методом выбора считаем холедохостомию в целях дренирования желчных путей и дренирование саллинговой сумки, а в случаях перитонита — интубация тонкого кишечника. Соединение холедохостомы дренажа желчных и паранефальной клетчатки (холедохостомы) и инфузионной деструктивной терпидин-применяемой оттокувратного введения дитропаном позволяет в течение 3-7 дней кувировать острое проявление заболевания. Длительность при остром панкреатите оказалась высокой. Из 242 больных умерло 15 (6,2%), 11 (45,8%) после операции и 4 (1,8%) — после консервативного лечения. Среднее пребывание больных в стационаре составило 8,7 ± 0,62 дня (от 1 до 78).

Выводы: Методом выбора операции при остром панкреатите является холедохостомия с дренированием саллинговой сумки, а в случаях перитонита с деструктивной тонкого кишечника. Консервативная терапия малорезультативна при острейшем деструктивном периоде (более двух суток). Высокая пооперационная летальность обусловлена прогрессирующим деструктивным поджелудочной железы и интоксикацией, тяжестью сопутствующей патологии.

ЛЕЧЕНИЕ ОТЕЧНО-БОЛЕЗНОГО ПНЕВМОНИОПОДОБНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ПРИ ТРАВМАХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.

Умаров О.М., Урманов У.Б., Мухаммадиев А.Б., Тугасиков Х.Г.
Ферганский филиал РИЦСМП

Необходимость выявления повреждений всего организма как единой целостности системы, для восстановления которой выполняется абсолютно все запущенные силы организма. Поэтому повреждение костей у детей сопровождается местными и общими симптомами, которые отличаются от таковых у взрослого человека. Наиболее крайнее тяжелое состояние с прогрессирующим травматического шока, обширных отеков, имеет место при множественных переломах или при их сочетании с травмой внутренних органов, головного мозга. В связи с этим нельзя лечить только переломы костей, не проводя обширный набор о поврежденных окружающих тканях, ибо, по образному сравнению многих авторов, «Кость — это растение, корни которого находятся в мышечных тканях».

В течение исследуемой 3-х лет стационарной травмой лечились 133 детей возрасты от 5-17 лет, мальчиков — 80, девочек — 49. Анатомия — 49, ушибы — 61, вывихи — 23. В отделе травматологии ФРР ИЦСМП для лечения отечно-болевого синдрома у детей с успехом применяли 0,1% раствор I. Lign Essidol 10,0 мл или 0,3% раствором 100,0 мл в течение 5 дней.

При этом мы убедительно считаем, что ввиду физиологического гипертензионного синдрома дает хорошие результаты. Снимает отек, улучшает кровообращение особенно капиллярной системе. У детей со множественными переломами редко встречается жировая эмболия. Но учитывая анатомо-физиологических особенностей детского организма для профилактики этой грозной патологии применили Сульфасол 200, 0,5 г (20-30 капель в минуту) в течение

3-8-х суток. Применение I. Lign Essidol Сульфасол улучшает общее состояние больного и функции железно-клеточных органов, снимая отечно-болевого синдрома, улучшая кровообращение, удаляем деструктивно-процессов жира из организма.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИМУННОГО ГОМЕОСТАЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ

К.А. Мустафоев, Ю.С. Эшамов, И. Ахундов, Ф.Ф. Хамидов
Алжирский Государственный медицинский институт

При перитоните жалобой больного, изменения гемодинамика, наличие или отсутствие перистальтики кишечника и перитонеальных язв, а также показатели лейкоцитарного, содержание белка, оседателю азота и его компонентов, результаты печеночных проб, электролитный баланс далеко не всегда объективно отражает динамику патологического процесса в брюшной полости, эффективность проводимых лечебных мероприятий, развитие после оперативных вмешательств.

Нами изучены изменения иммунологической реактивности организма у 311 больных с перитонитом. Возраст больных — от 18 до 71 лет. Прочной патологией перитонита были: перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (13 наблюдений), деструктивный панкреатит (10), деструктивный холедохит (3), разрыв тонкой кишки (3).

В соответствии с классификацией К.С. Симоняна (1971) реактивная фаза перитонита устанавливалась у 7, токсическая — у 19, развивающаяся у 5 больных. Иммунологический статус определяли до операции, на 1, 3, 5 и 4-е сутки после нее.