

Jarrohlik Bemorlarida Operatsiyadan Keyingi Erta Davrda Dinamik Ichak Tutilishining Endolimfatik Terapiyasi

Ashurmetov Ahmadjon¹

Annotatsiya: Mavzuning dolzarbligi. Qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir yallig'lanish kasalliklari zamonaviy jarrohlikning eng qiyin yo'nalishlaridan biridir. Kasallik shakllarining xilma-xilligi, ko'p sonli asoratlar va o'lim ko'rsatkichlarining o'sish tendentsiyasi tufayli tashxis qo'yish qiyinligi ushbu sohadagi ilmiy tadqiqotlarning dolzarbligini belgilaydi (Panchenkov R.T., 1990; Skripnichenko D.F. 1986.). **Maqsad:** Endolimfatik dori terapiyasining terapevtik ta'siri bir nechta mexanizmlarga asoslanadi: limfa tugunlarida va yallig'lanish joyida yuqori konsentratsiyali dorilarni yaratish, limfa tugunlari limfotsitlari bilan aloqa qilish, qon tomirlarida mikrosirkulyatsiya tizimini normallashtirish. mikrotomirlar va interstitium, limfa tugunlari orqali immunomodulyator ta'sir ko'rsatadi. **Materiallar va usullar.** Toshkent shahridagi klinikalarning jarrohlik bo'limlarida davolanayotgan qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir yallig'lanish patologiyasi bilan og'rigan 36 nafar bemor ko'rikdan o'tkazildi.

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

Mavzuning dolzarbligi. Qorin bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanish kasalliklarig'iz jarrohligining eng murakkab bo'limlaridan biri hisoblanadi. Tashxis qo'yishning qiyinligi, kasallikning kechish shakllarining xilma-xilligi, ko'p sonli asoratlar, o'lim ko'rsatkichlarining ko'payishiga moyillik bu sohadagi ilmiy izlanishlarning dolzarbligini belgilaydi (Panchenkov R.T., 1990; Skripnichenko D.F. 1986)..

Ularning ustuvor yo'nalishi turli xil infeksiyalarning oldini olish va davolash muammosi bo'lib, ular asosan turli o'tkir yallig'lanish jarrohlik kasalliklari, balki jarrohlik sepsis va septik shokgacha bo'lgan operatsiyadan keyingi ko'plab asoratlarning sababi bo'ladi (Savelyev V.S., 2014). Bu bizni etarli antibiotiklarni davolashning samarali usullarini izlashga undaydi.

Antibiotiklar terapiyasining samaradorligining so'nggi paytlarda pasayishi bir necha sabablarga ko'ra - izohlanadi, ular orasida antibiotiklarga chidamli mikroorganizmlarning tez paydo bo'lishi, xavf darajasi yuqori bo'lgan bemorlarda jarrohlik amaliyotlari va jarrohlik aralashuvlar hajmining ko'payishi, antibiotiklarni irratsional qo'llash, zararlanishda ularning terapevtik konsentratsiyasini yaratishda qiyinchiliklar (Lokhvitskiy S.V. va boshq., 1992). Antibiotiklarni davolashning ratsional rejimlari va usullarini izlash patogenetik asosli yondashuvlarni ishlab chiqishga yordam beradi, bu uzoq muddatli antibiotik terapiyasi fonida rivojlangan intercurrent kasalliklarni va ikkilamchi infeksiyani davolashda ayniqsa muhim ahamiyatga ega (Golbraix V.A. 1998).

So'nggi yillarda kateterizatsiyalangan periferik limfa tomiriga (PLS) dorilarni to'g'ridan-to'g'ri endolimfatik infuziya usuli keng tarqaldi. Qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir patologiyasi bo'yicha chora-tadbirlar majmuasiga to'g'ridan-to'g'ri nazorat ostida endolimfatik antibiotiklar davolash usulini kiritish davolash jarayonini sezilarli darajada kuchaytiradi, antibiotiklarning kurs dozalarini kamaytiradi va kech yiringli-septik asoratlarning chastotasini kamaytiradi (Yarema I.V. va boshq., 1993, 2008; Panchenko R.T. va boshq., 1984; Vyrenkov Y.E. va boshq., 1986; 2010; Ermolov A.S. va boshq., 1987; Buyanov V.M. va boshq., 1995).

¹ Dots., Toshkent tibbiyot pediatriya instituti, Umumiy xirurgiya va operativ xirurgiya asoslari va topografik anatomiya kafedrası

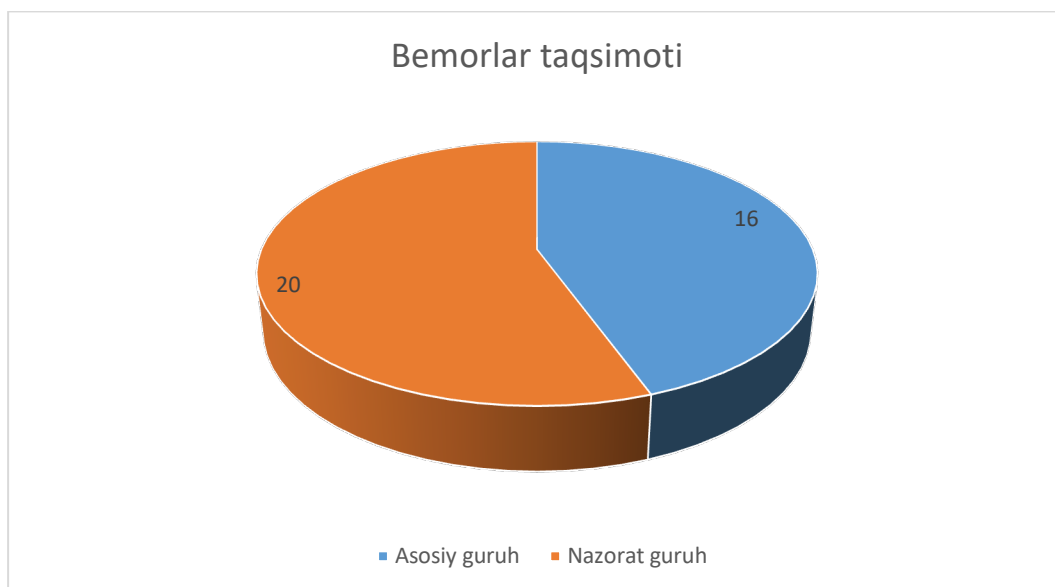


Shunga qaramay, limfa tizimiga bevosita ta'sir ko'rsatadigan patologik jarayonni davolashning ko'plab masalalari va organizmning PUETga reaksiyalarini o'rganish yanada chuqur o'rganishni talab qiladi (V.I. Vtorenko va boshq., 2008). PUETga ko'rsatmalar va kontrendikatsiyalar mezonlari, suyuqliklarni kunlik va kurs bilan qo'llash hajmi, endolimfatik terapiyaning vaqti va davomiyligi adabiyotda etarlicha yoritilmagan, bu dasturni tuzishda hisobga olingan tadqiqot (Askarov T.A. va boshq. 2016, 2018, 2020).

Maqsad va vazifalar. O'tkir jarrohlik kasalliklari va ularning asoratlarda PUET va ELAT yordamida turli xil kelib chiqishi va og'irlikdagi peritonitlarda organizmning reaksiyasini tahlil qilish.

1. Turli darajadagi tarqalishi va zo'ravonlik darajasidagi peritonitni murakkab davolashda ELAT va PUETdan foydalaning.
2. Operatsiyadan keyingi davrda septik asoratlar xavfi aniq bo'lgan jarrohlik bemorlarida PUET dan foydalanishning klinik samaradorligini o'rganish.

Materiallar va usullar. Qorin bo'shlig'ining o'tkir yallig'lanish patologiyasi bo'lgan jami 36 nafar bemor tekshirildi va ular Toshkent shahar klinikalarining jarrohlik bo'limlarida davolandi. Barcha bemorlar 2 guruhga bo'lindi. Bo'linma asosini limfogen usullarning terapevtik tadbirlar majmuasiga kiritilishi yoki kiritilmaganligi edi. Birinchi guruh (asosiy guruh) 16 bemorni tashkil qilib, ular chora-tadbirlar majmuasiga endolimfatik terapiyani kiritgan. limfogenik ta'sirlardan foydalanmagan.



Jadval 1. Bemorlar guruhining taqsimlanishi.

Barcha bemorlarga biologik muhitlarni (qon, siydik, limfa) dinamik laboratoriya tadqi o'tkazildi. Biokimyoviy tahlil umumiy protein va uning fraktsiyasi, karbamid, kreatinin, xolesterin, diastaz va qon shakar miqdorini aniqladi.

Birinchi guruh bemorlariga tibyaning oyog'ida yoki pastki uchdan bir qismida periferik limfa tomirini kateterizatsiya qilish, Les-Frank bo'g'imini esa o'ta og'ir zaharlanish holatlarida besh bemorga ko'krak qafasi limfa kanali (BPH) drenaji o'tkazildi (1989).

Ko'rsatmalarga qarab, kateterizatsiya qilingan periferik limfa tomiriga antibiotiklar, proteolitik ferment inhibitörleri, heparin va reologik preparatlar AOK qilindi. Dori vositalarining kombinatsiyalari, ularning dozalari va hajmi peritonitning og'irligi va kelib chiqishiga, bemorning holatiga bog'liq edi.

APACHE-II o'lchovida qabul qilish jiddiylikini baholash (LQ; UQ), holatning og'irligi peritonitning mahalliy ajratilgan shakli uchun 7 (6-9%) ball va diffuz shakl uchun 21 (19-23%) ball ($p < 0.05$), shuningdek SAPS shkalasi bo'yicha o'rtacha 22.7 ± 4.2 va 23.1 ± 3.9 ballni tashkil etdi va o'rganilayotgan guruhlarda farq qilmadi ($z = 0.13$; $p = 0.896$).



Saralash guruhlarda peritonit bilan og'rigan bemorlarda davolash natijalarini baholash endogen intoksikatsiya ko'rsatkichlari, ularning holati, immunologik holati, ultratovush va KT tadqiqotlari, yiringli-septik asoratlar qo'shilganligi va davolashning umumiy davomiyligi hisobga olingan holda kasalxonaga yotqizilgandan boshlab 7 va 14 kun davomida baholash o'tkazildi.

Nazorat immunologik tekshiruvini davolashdan oldin va davolashdan keyingi 14-kuni asosiy immunologik parametrlarni baholash yo'li bilan amalga oshirildi: rozet hosil bo'lish reaksiyalarida immunitetning hujayrali bog'lanishining T va B jami T-limfotsitlar va ularning asosiy subpopulyatsiyalarining nisbiy va mutlaq sonini hisoblash orqali. Fagotsitik faollik A.M.Zemskov uslubiga ko'ra baholandi. Asosiy biokimyoviy ko'rsatkichlar V.S. Kamyshnikov uslubida bo'yicha aniqlandi.

Statistik ishlov berish STATISTICA dastur to'plami (Windows uchun 10-versiya) yordamida amalga oshirildi. Olingan natijalarning ishonchligini baholash uchun barcha raqamli materiallar statistik ishlov berishdan o'tkazildi. Barcha populyatsiyalarda arifmetik o'rtacha (M) va standart o'rtacha (t) ning o'rtacha xatosi aniqlandi. Sezilarli farqlarni aniqlash uchun quyidagi parametrik bo'lmagan mezonlar qo'llanilgan: tadqiqot va nazorat guruhlarida ko'rsatkichning dinamikasini taqqoslash uchun - juftlashtirilgan taqqoslash uchun Uilcoxon testi; tadqiqot va nazorat guruhlarini bitta ko'rsatkich - Mann-Uitney U-testi bo'yicha taqqoslash. Barcha statistik testlar ikki tomonlama ahamiyatlilik darajasi uchun o'tkaziladi. Farqlar $p < 0.05$ da ahamiyatli deb hisoblandi.

Tadqiqot natijalari va munozaralar.

Yallig'lanish markazida zararli o'zgarishlarning rivojlanishida limfatik tizim muhim rol o'ynaydi. Yallig'lanish o'chog'ida shish keltirib chiqaradigan reaksiyalar ketma-ketligi qon tomirlaridan eksudatsiya jarayonining kuchayishi va limfa tizimining hujayralararo bo'shliqlaridan suyuqlik va kolloid moddalarning reabsorbtsiyasining sekinlashishi bilan vositachilik qiladi. Bu holda rivojlanadigan shish yallig'lanish markazida to'qimalarning trofizmini sezilarli darajada murakkablashtiradi, bu esa oksidlanmagan metabolik mahsulotlar va hujayra nekrozining shakllanishiga olib keladi, bu esa o'z navbatida organizmdagi toksinlar havzasini oshiradi.

Ushbu shartlar biz endolimfatik ravishda ishlatiladigan dorilarni tanlash uchun asos bo'ldi. Shunday qilib, masalan, agar faqat antibiotik qo'llanilsa, u yallig'lanish va mintaqaviy limfa tugunlari sohasiga kiradi deb umid qilish doim ham mumkin emas. Ammo agar bir xil antibiotik limfa geparinizatsiyasidan keyin qo'llanilsa, biologik suyuqlikning limfa yo'llari orqali kutilgan o'tish ehtimoli sezilarli darajada oshadi. Biz va boshqa mualliflar endolimfatik infuzionlar katta limfa tomirlari orqali limfa harakatini tezlashtirishini ta'kidladik. Endotoksikoz bilan og'rigan bemorlarning klinik kuzatishlarida xuddi shu hodisa qayd etilgan, antibiotiklarning endolimfatik infüzyonidan bir necha soat o'tgach, tana harorati odatda ko'tarilib, zaharlanish belgilari ko'tariladi, bu esa toksik limfani qon oqimiga jadal qabul qilish bilan bog'liq.

Limfa tugunlari, to'siq va detoksifikatsiya qilish funksiyasidan tashqari, immunologik himoyada faol ishtirok etadi. Limfotsitlarning barcha subpopulyatsiyalari saqlanib qoladi va ularda ko'payadi. Shu munosabat bilan limfa tugunlaridagi degenerativ o'zgarishlarning etiologik omili sifatida mikroorganizmlar va ularning toksinlarini yo'q qilish organizmning immunologik reaktivligini tiklashga yordam beradi. Ammo ayrim hollarda, ayniqsa aniq lenfopeniya bilan, immunogenezni rag'batlantirish kerak. Shuning uchun qondagi limfotsitlarning miqdori pastligi, T-limfotsitlarning subpopulyatsiyalarining nisbiy sonining kamayishi bilan biz lezyonda o'tkir yallig'lanish hodisalari bartaraf etilgandan so'ng buyurilgan T-aktivini endolimfatik ravishda kiritdik.

Endolimfatik terapiya suv-elektrolit, oqsil va vitamin almashinuvini to'g'rilash, kislota-bazal holatini normallashtirish va organizmning hayotiy organlari va tizimlarining yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarini oldini olishga qaratilgan umqabul qilingan davolash usullari fonida amalga oshirildi. Shu bilan birga, antibiotiklar, geparin, anti fermentlar va T-aktivlarni qo'llash faqat endolimfatik yo'l bilan va ko'rsatmalarga muvofiq amalga oshirildi.



Tavsiya etilgan dorilarning miqdoriy tarkibi, AOK qilingan eritmalar miqdori, endolimfatik infuzionlarning ketma-ketligi va endolimfatik terapiyani boshlash vaqti bemorlarda kasallikning kechishining o'ziga xos xususiyatlari bilan aniqlandi. Umuman olganda, asosiy guruhdagi barcha bemorlarni ikkita kichik guruhga bo'lish mumkin: birinchi guruh mahalliy ajratilgan peritonit va ikkinchi guruh diffuz peritonit. Odatda 2-kichik guruh bemorlari bizning klinikamizga jarrohlik amaliyotidan so'ng, antibiotiklarni davolash usullari bilan takroriy kurslarda o'tkazilganiga qaramay, operatsiyadan keyingi davrda aniqlangan asoratlar bilan kasalxonalarga yotqizilgan.

Bemorlarning birinchi kichik guruhida endolimfatik terapiya operatsiyadan keyingi erta davrda, ba'zan esa jarrohlik davolanishdan oldin, 2-kichik guruhda – kasallik boshlanganidan boshlab 4-6 kun va undan ko'proq vaqt davomida boshlangan. Ushbu kichik guruhlar uchun PUET taktikasi antibiotik terapiyasi, proteolitik ferment inhibitörlerini qo'llash, mikroqon aylanish kasalliklarini tuzatish va kerak bo'lganda detoksifikatsiya terapiyasini o'z ichiga oldi. Peritonitning keng tarqalgan shakllari uchun taktikadagi farq shundaki, endolimfatik antibiotiklar terapiyasi boshqa ta'sir mexanizmi bilan antibiotiklarni muntazam ravishda qo'llash fonida boshlangan. 3-4 kundan keyin bo'lsa. Shundan keyin ijobiy ta'sir ko'rsatilmadi, keyin preparat almashtirildi; Proteaz inhibitörleri faqat qorin bo'shlig'ida aniq vayron qiluvchi jarayonlar yuz berganda qo'llanildi.

Periferik limfa tomirini kateterizatsiyadan so'ng, 2500 dona geparin dastlab 2,0 ml sho'r suvda (1 daqiqada 0,5-0,6 ml eritma) kiritildi. Antibiotiklarni tanlashda biz keng spektrli sefalosporinlar va aminoglikozidlarga ustunlik berdik. Birinchisi kuniga bir marta 1,0 g dozada III-IV sefalosporinlar va kuniga bir marta 80 mg dozada gentamisin 2 ml eritma miqdorida namoyish etildi, bu mushak ichiga kiritilgandan 3 baravar kamdir.

Peritonitning ilg'or shakllari, fibrinöz va yiringli effüzyonda, proteolitik ferment inhibitörleri qo'shimcha ravishda endolimfatik qo'llaniladi - kontrakal (10000 IU) yoki gordox 50000 IU 5,0 ml ichida kuniga bir marta.

Og'ir intoksikatsiya sindromi bo'lgan ba'zi bemorlarda yuqorida ko'rsatilgan rejim 15-20,0 ml reosorbilaktning endolimfatik infuzioni bilan to'ldirildi, bu antibiotik yoki proteaz inhibitörünü in'ektsiya qilishdan 6-8 soat o'tgach qo'llanildi. Reosorbilact infuzion 25-30 daqiqa davomida asta-sekin amalga oshirildi. Davolash kursi uchun 3-4 infuzion amalga oshirildi.

Bir qator hollarda progressiv toksikoz va to'siq organlarining detoksifikatsiya funksiyasini buzgan holda ko'krak oqimini drenajlash usuli qo'llanilgan (besh bemor).

Asosan, turli xil peritonit shakllari uchun endolimfatik terapiya kursi 5 kun davom etdi. Faqat alohida holatlarda (4%) endolimfatik terapiya 7-kunida to'xtatildi.

Ikkala guruhdagi bemorlarda 7 va 14 kunlarda endogen intoksikatsiyaning asosiy parametrlarini taqqoslaganda, buzoq-xalifa LII ning bazal darajasi bir-biridan sezilarli darajada farq qilmasligi aniqlandi ($z = 0,59$; $p = 0,55$) (Jadval 1).

Jadval 1. Davolashning 7 va 14-kunlari bo'yicha solishtirma guruhlarda peritonit bilan og'rigan bemorlarda endogen intoksikatsiya ko'rsatkichlari ($M \pm m$)

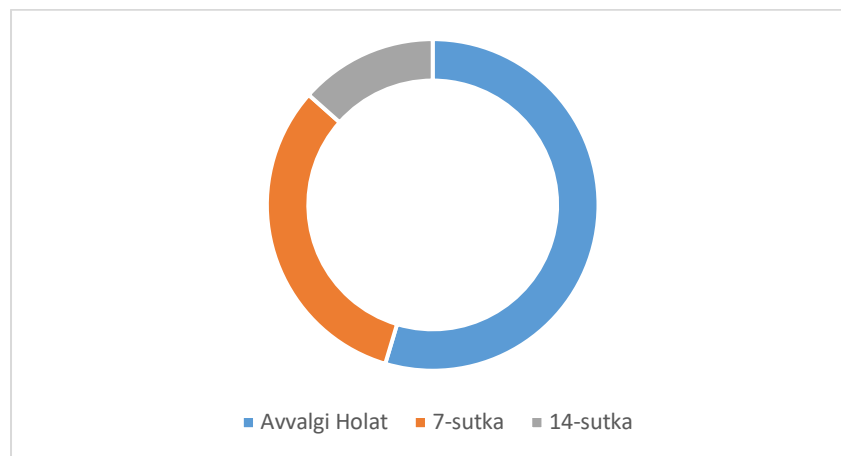
Indikator, birlik o'lchanadi.	Oddiy qiymat (n = 36)	Taqqoslash guruhlari		
		Baza chizig'i	7 kun	14 kun
LII Kalf-Kalifa, an'anaviy birlik.	0,67±0,5	(i) 5,14±1,2	2,3±0,7	0,9±0,24
		(ii) 5,2±0,93	4,7±1,12	2,62±0,69
		$z=0,59$; $R=0,55$	$z=2,07$; $p=0.038$	$z=3,41$; $p=0.0006$
Donador neytrofillar toksiklik darajasi	-	(i) 2 023±0,62	1,2±0,52	0,3±0,1
		(ii) 2,3±0,5	2,1±0,68	1,8±0,3
		$z=0,45$; $R=0,65$	$z=3,15$; $p=0.0016$	$z=3,52$; $p=0.00044$



I grupie chorych na powstanie 7-dniowego Buzoq-Califa LII jego początek wynosi 2,4, co jest równe; 14-dniowe przywrócić ponownie pasaż – początek jego wartości ($p < 0,001$) 5,8 razy i 7-dniowe jego wartości 2,4 razy ($0,01 < p <$). II grupie chorych na 7-dniowe przywrócić ten wskaźnik 1,2 razy, 14-dniowe przywrócić początek jego wartości ataki 2,0 razy ($p < 0,01$) twardo. To z tym razem, 14-dniowe Buzoq-Kalifornia LII odczuwają 4,0 razy więcej ($p < 0,01$) i I grupie 3,0 razy więcej niż pozostało ($z = 3,41$; $p = 0,0006$).

W grupie chorych na neutrofilową toksycyję granulicytów bazalnego stopnia (Tabela 1) różnicę między grupami nie wykazano ($z = 0,45$; $p = 0,65$). Leczenie 7-dniowe przywrócić I grupie chorych na ten wskaźnik 1,69 razy pasaż (p < 0,05), II grupie chorych na 1,1 razy pasaż wykazano. 14-dniowe przywrócić, I grupie toksyczna granulicytowa stopnia ($p < 0,001$) jego wartości znowu 4 razy pasaż wykazano, II grupie chorych na 14,8% pasaż wykazano. W stosunku do wskaźnika 14-dniowego jego wartości 6 razy różnicę wykazano ($z = 3,52$; $p = 0,00044$).

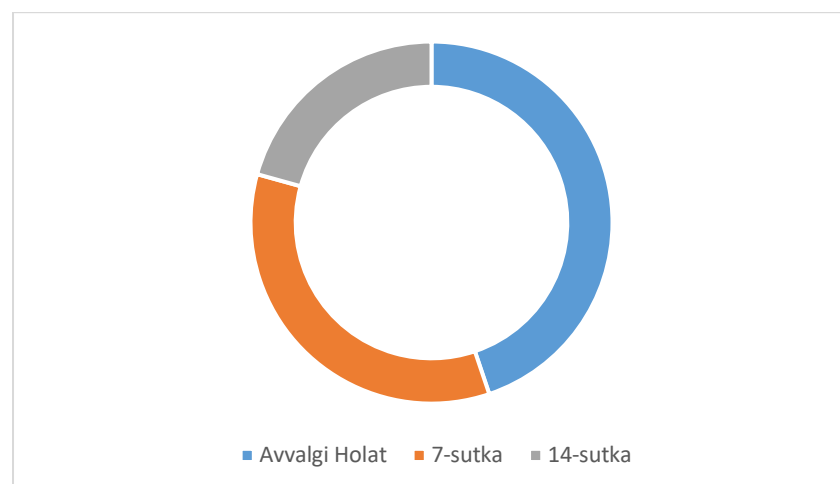
Diagrama -1. – Leczenie 7 i 14 dni w stosunku do grup chorych na zapalenie otrzewnej z powstaniem neutrofilowej toksycyji granulicytów (M±m).



W stosunku do stopnia SAPS w stosunku do jego wartości wskaźników jego wartości porównano, porównano w grupach bazalnego stopnia różnicę między grupami nie wykazano ($z = 0,13$; $p = 0,896$). 7-dniowe przywrócić, I grupie chorych na SAPS stopnia jego wartości 1,88 razy pasaż, II grupie chorych na 10% pasaż, różnicę między grupami 1,72 razy ($z = 2,35$; $p = 0,018$) (Tabela 2).

Leczenie 14-dniowe przywrócić, II grupie chorych na SAPS stopnia jego wartości 10,6 kungo w stosunku do 7% i bazalnego stopnia w stosunku do 19,5% i, I grupie chorych na 1,9 i 3,3 razy mniej ($p < 0,01$) (2-grafik).

Diagrama 2. Leczenie 7 i 14 dni w stosunku do grup chorych na zapalenie otrzewnej z powstaniem ARASNE-II stopnia jego wartości w stosunku do jego wartości jego wartości (M±t).



1. Solishtirma guruhlarida peritonit bilan og'rigan bemorlarning og'irligi ko'rsatkichlarini tahlil qilish.

Shu bilan birga, mazkur ko'rsatkichning 14-chi kuniga kelib bog'liq farqi 2,8 barobardan ko'proq ($z=3,35$; $p=0,0008$) yetdi. ARASNE-II shkalasi bo'yicha taqqoslanadigan guruhlarda qabul qilingan bemorlarning og'irligi holati juda og'ir bo'lib, sezilarli farqlarga ega emas edi ($z = 0,09$; $p = 0,92$). 1-guruh bemorlarida davolanishning 7-kunida ARASNE-II indeks indeksi qiymati 1,6 baravarga, 14-kunga kelib esa 1,17 baravarga kamaydi. Baza darajasi bilan taqqoslaganda 1.8 baravar pasayish kuzatildi ($p<0.05$). II guruh bemorlarda davolanishning 7 va 14-kunlariga kelib bu ko'rsatkich mos ravishda 5,4% va 11,3% ga kamaydi ($p<0,05$). Ikkala guruhda ushbu parametrlarni taqqoslaganda, 7 va 14 kunlardagi ARASNE-II darajasining qiymatlari mos ravishda 1,56 va 1,62 baravar farq qildi ($p=0,024$; $p=0,016$) (2-grafik).

Jadval 2. Davolashning 7 va 14 kunlari bo'yicha solishtirilgan guruhlarda peritonit bilan og'irlashgan bemorlarning og'irligi ko'rsatkichlari ($M\pm t$)

Jiddiylik holati ko'rsatkichi, ball	Taqqoslash guruhlari		
	Baza chizig'i	7 kun	14 kun
SAPS-II	(I) 22,7±4,2	12,1±2,9	6,7±1,12
	(II) 23,1±3,9	20,8±3,7	18,6±3,7
	$z=0,13$; $p=0.896$	$z=2,35$; $p=0.018$	$z=3,35$; $p=0.0008$
APACHE II	(I) 16,4±0,3	10,2±2,4	8,7±1,31
	(II) 16,8±0,91	15,9±2,74	14,1±2,53
	$z=0,09$; $p=0.92$	$z=2,25$; $p=0.024$	$z=2,42$; $p=0.016$
POYE belgilarini aniqlash (bitta belgining ko'rinishi yoki ularning birikmasi)*.	(I) 32,2±7,3	21,4±6,2	16,3±4,16
	(II) 34,1±4,7	58,3±4,7	40,6±7,1
	$z=0,49$; $p=0.67$	$z=3,07$; $p=0.021$	$z=3,56$; $p=0.0037$

* *Izoh: POYE nafas olish, buyrak, jigar, yurak-qon tomir etishmovchiligi, metabolik kasalliklar, koagulopatiya, septik sharoitlar belgilarini o'z ichiga olgan.*

POYE belgilarini baholash I guruh bemorlarining 30,0% va II guruh bemorlarning 33,3% da bir yoki bir nechta organ tizimlarida etishmovchilik belgilarini aniqladi ($z = 0,49$; $p = 0,67$). Davolash natijasida bemorlar guruhining 7-kuniga kelib POYE belgilari 20,0% hollarda, 14-kunga kelib 12,5% hollarda aniqlandi. II guruhda, 7-kunga kelib, POYE hodisasi bo'lgan bemorlar soni 1,7 baravar ko'paydi, 14 kunda atigi 30,0% ga kamayish tendentsiyasi kuzatildi. Bu vaqtga kelib, taqqoslanayotgan guruhlarda POYE bo'lgan bemorlar sonidagi farq 2,5 baravar ($z = 9,56$; $p = 0,0037$) ni tashkil etdi.

Natijalar:

1. Peritonit uchun PUET hipokoagulyatsiya, antibakterial, detoksifikatsiya va immunostimulyatsiya ta'siriga erishishga qaratilgan. Endolimfatik dori-darmon terapiyasiga deyarli qarshi ko'rsatmalar mavjud emas.
2. Peritonit bilan og'rigan bemorlarda PUET tavsiya etilgan usul davolanishning 14-kuniga kelib - SAPS va APACHE II shkalasi bo'yicha holatning og'irligini 3,3 va 1,8 marta kamaytirish imkonini beradi.
3. Eritmalarning endolimfatik infuziyalari limfa tizimi orqali limfa transportini va qonga kirishini tezlashtiradi, bu esa mikrosirkulatsiya tizimining normallasishiga olib keladi.

Manbalar:

1. Абдуллаев Ж. С. и др. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза // Молодой ученый. – 2017. – №. 17. – С. 105-108.



2. Абдураззакова Д. А. и др. Efficiency of endolymphatic drug administration //Молодой ученый. – 2018. – №. 9. – С. 61-62.
3. Абдураззакова Д. А. и др. Efficiency of endolymphatic drug administration //Молодой ученый. – 2018. – №. 9. – С. 61-62.
4. Ахмедов М. Д. и др. ОЦЕНКА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ //Экономика и социум. – 2021. – №. 10 (89). – С. 492-501.
5. Ахмедов М. Д. и др. Цитохромоксидазная активность печёночной паренхимы при различных сроках ишемии и обтурационной желтухе //European science. – 2019. – №. 2 (44). – С. 71-75.
6. Ашурметов А. М. и др. Лимфоиммунностимуляция при разлитом гнойном перитоните //Молодой ученый. – 2018. – №. 7. – С. 103-105.
7. Жафаров Х. М. и др. Способ лечения гнойно-воспалительных заболеваний у больных сахарным диабетом //Паллиативная медицина и реабилитация. – 2002. – №. 2-3. – С. 113.
8. Akhmedov M. D. et al. THE METHOD OF ASSESING THE DEGREE OF LIVER DAMAGE //Central Asian Journal of Pediatrics. – 2021. – Т. 2021. – №. 2. – С. 43-51.
9. Askarov T. A. et al. MITOCHONDRIAL ENZYMES IN ASSESSMENT OF HEPATOCELLARY DAMAGES //Central Asian Journal of Pediatrics. – 2021. – Т. 2021. – №. 1. – С. 5-12.
10. Askerov T. A., Kh A. F., Akhmedov M. D. Liver micro-circulator back after its partial resolution for 15 day of liver //European journal of molecular end clinical medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 08.
11. Buyanov V.M., Rodoman G.V., Laberko L.A. Diffuz peritonitda endogen intoksikatsiyani baholashning zamonaviy usullari // I Moskva xalqaro jarrohlr kongressi. Tezislr ma'ruzalari. Moskva,1995. pp. 16–17.
12. Ermolov A.S., Udovskiy E.E., Grigoryan A.R. Jarrohlik infektsiyaning endolimfatik antibiotik terapiyasida nospesifik humoral immunitet holati. 1987. No1. Pp. 76–79.
13. Golbraix V.A. Qorin bo'shlig'ining yiringli-yallig'lanish kasalliklari bo'lgan bemorlarni kompleks davolashda endolimfatik davolash. Avtoref. Dis. Doktor. asal. Fanlar. Moskva, 1998. 34 bet. (rus tilida)
14. Ievlev, V.A. Limfa usullari qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir jarrohlik kasalliklarini kompleks davolashda / V.A. Ievlev [i dr.]. // Vestnik Volgogradskoy meditsinskoy akademii. — Volgograd, 1995. — Issue 1, Vol. 51. — pp. 117-121.
15. Jafarov K., Melnik I. Immediate Results of Surgical Treatment of Patients with Strangulated of Ventral Hernia of the Anterior Abdominal Wall //Asian Pacific Journal of Environment and Cancer. – 2021. – Т. 4. – №. S1. – С. 13-14.

