

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ



РЕФЕРАТ

Мавзу: “Йуғон ичак касалликлари”

Бурхонов Ш.

2017 йил

Анатомик-физиологик маълумотлар. Чамбар ичак йўғон ичакнинг бир қисми бўлиб, узунлиги 1-2 м га тенг, унинг диаметри кўричак соҳасида 7-8 см га, дистал соҳасида эса 4-5 см га тенг. У кўричак, юқорига кўтарилувчи, кўндаланг, пастга тушувчи чамбар ичак, сигмасимон ичак қисмларидан иборат.

Йўғон ичак ингичка ичакдан фарқ қилиб, бўйлама мушак толалари бирига параллел йўналган тасмаларни (*teniae*) ҳосил қилади. Тасмалар орасида эса, бўртмалар (*haustreae coli*) жойлашиб, улар орасида тораймалар алмашилиб келади. Бундан ташқари гаустралар деворида ”ёғли шокилалар” жойлашади.

Юқорига кўтарилувчи чамбар ичак мезоперитонел, айрим ҳолларда эса, қиска ичак тутқичига эга бўлиб интраперитонеал жойлашади. У ўнг қовурға ости соҳасида ”жигар букилмаси” ни ҳосил қилиб, узунлиги 50-60 см бўлган, ҳар томонлама қорин парда билан ўралган (интраперитонеал), узун тутқичли кўндаланг чамбар ичакка ўтади. Кўндаланг чамбар ичак олд юзасига катта чарви бириккан бўлади. Чап қовурға ости соҳасида кўндаланг чамбар ичак ”талок букилмаси” ни ҳосил қилиб, аксарият мезоперитонеал, баъзан интраперитонеал жойлашувчи пастга тушувчи чамбар ичакка, у эса ўз навбатида интраперитонеал жойлашувчи ўз тутқичига эга бўлган сигмасимон ичакка ўтади.

Чамбар ичак ўнг ярмини юқориги тутқич артерииясининг тармоғи бўлган ёнбош-чамбар ичак (*a. ileocolica*), ўнг ва ўрта чамбар ичак (*a.a. colica dextra et media*) артериалари қон билан таъминласа, чап ярмини пастки тутқич артериияси тармоғи – *a. colica sinistra* қон билан таъминлайди. Чап чамбар ичак артериияси ўрта чамбар ичак артериияси тармоғи билан анастомоз ҳосил қилиб – Риолан равоғини юзага келтиради. Сигмасимон ичакни кўшимча 2-3 та сигмасимон артериалари (*a. sigmoideae*) ҳам қон билан таъминлайди.

Веноз қон оқимини юқорида санаб ўтилган артериаларга номдош веналар амалга ошириб, юқори ва пастки тутқич веналари (*v.v. mesentericae superior et inferior*), улар эса дарвоза венасини (*v. porta*) ҳосил қилишда иштирок этадилар. Ҳудди шундай, лимфа оқими ҳам артериалар билан ёнма-ён ўтувчи лимфа томирлари орқали юқориги ва пастки тутқич артериалари атрофида жойлашувчи лимфа тугунларига қуйилади.

Ичак фаолиятининг нерв бошқарилиши нерв системасининг парасимпатик ва симпатик бўлимлари, Мейснер ва Ауэрбах чигаллари томонидан амалга оширилиб, бунда парасимпатик бўлим моторика ва секрециянинг кучайишига имкон беради, симпатик бўлим эса бунга тескари таъсирга эга.

Чамбаричакда 95% сув, электролитлар, айрим газ моддалар сўрилади. Бундан ташқари, ичак микрофлораси таъсирида В ва К гуруҳ витаминларининг алмашинуви амалга оширилади.

Махсус текшириш усуллари.

Йўғон ичак касалликларида рентгенологик текшириш тўғри диагноз қўйиш учун объектив маълумотлар берадиган асосий усуллардан бири

ҳисобланади. Контраст моддани перорал юбориш ичакнинг мотор функциясини ва илеоцекал клапан ҳолатини ўрганиш учун мақсадга мувофиқ.

Ирригоскопия (ретроград контрастлаш) ичакнинг ҳолатини, шаклини ва узунлигини аниқлаш, ўсмалар, полиплар, колит, дивертикулёз ва бошқа касалликларни аниқлаш мақсадида қўлланилади.

Колоноскопия — бу йўғон ичакни эндоскопик текшириш усули бўлиб, йўғон ичак патологиясида диагностик имкониятларни бирмунча кенгайтирди. Нажасни ва ичак аралашмаларини копрологик текшириш, меъда-ичак йўллариининг турли бўлимларидаги функционал ва органик зарарланишлар тўғрисида хулоса чиқаришга имкон беради.

Чамбар ичак аномалиялари ва ривожланиш нуқсонлари

Эмбриогенез бузилиши оқибатида чамбар ичак жойлашуви (дистопияси) вужудга келиб, у қорин бўшлиғининг ўнг ёки чап ярмида жойлашиши мумкин. Ичакнинг узайиб кетиши унинг барча қисмлари (долихоколия) ёки айрим қисмининг (долихосигма) узайиши ҳисобига юзага келиши мумкин. Натижада, ичакнинг мотор-эвакуатор функцияси бузилиб, қабзият, метеоризм, оғриқлар пайдо бўлади.

Ичак стенозлари ва атрезияларининг якка ҳолатда ёки кўплаб жойлашиши кузатилиб, бола туғилишининг эрта даврида ўткир ичак тутилиши белгилари билан намоён бўлади. Бу эса, хирургик даво қўлланилишини талаб этади.

Гиршпрунг касаллиги

Гиршпрунг касаллиги — чамбар ичак мегаколони ёки гигантизми, унинг эвакуатор функцияси бузилиши билан кечувчи туғма касаллик ҳисобланиб, қабзият ва қориннинг кескин дам бўлиши билан намоён бўлади. Туғиладиган ҳар 5000 та чақалоқдан биттасида учраши мумкин. Асосан ёш болаларда ва ўсмирларда учраб, катталарда эса жуда кам ҳолларда кузатилади.

Этиология. Касаллик вегетатив нерв системаси ривожланишининг бузилиши, йўғон ичак мушаклараро (Ауэрбах) ва шиллиқости (Мейснер) нерв чигаллари ганглионар хужайраларининг ўсиб етилмаганлиги (гипоганглиоз) ёки мутлақо бўлмаслиги (аганглиоз) оқибатида келиб чиқади. Аганглионар зона катталарда, асосан, тўғри ичакда, болаларда эса сигмасимон ичак ёки чамбар ичакнинг бошқа қисмларида учраб, ичакнинг бу қисми доимо спастик қисқарган ҳолатда, перисталтикасиз бўлади ва ичак маҳсулотининг ушбу соҳадан қийинчилик билан ўтиши оқибатида ичакнинг нормал иннервацияли юқори турувчи соҳалари кенгайиб, гипертрофияга учрайди. Ичакнинг кенгайиб кетган қисми гистологик текширувида мушак толаларининг гипертрофияси ва склерози аниқланади.

Клиникаси. Гиршпрунг касаллиги белгилари ичак маҳсулоти пассажи-нинг бузилиши билан характерланади. Асосий симптомлари — қориннинг дам бўлиши, бир неча кундан бир неча ойгача ич келмаслиги, қабзият, ич келишга асло майл йўқлиги билан ифодаланади. Қорин кескин дам, асиммет-

рик бўлади, бунда чайқалиш шовқинини пайқаш мумкин. Баъзан қабзият ич суриши билан алмашинади (парадоксал ич суриши). Қориннинг тобора таранглашиб дам бўлиши диафрагма экскурсиясини чеклаб қўяди, бу ҳолат ўз навбатида нафас қисишига, юрак уриб кетишига олиб келади. Қабзият юзага келиши билан интоксикация аломатлари: бош оғриғи, беҳоллик, кўнгил беҳузур бўлиши, иштаҳа йўқлиги пайдо бўлади.

Диагностикаси. Беморнинг шикоятлари, анамнезидаги узоқ давом этиб келаётган қабзият билан бир қаторда объектив кўрувда қабзият, доимий метеоризм натижасида қориннинг кескин дам бўлиши, баъзан нажас тошларини пайпасланиши кузатилади. Ректал текширувда сфинктер тонусининг кучайганлиги, ампуланинг бўш бўлишини кўриш мумкин. Ректороманоскопияда тўғри ичак спазми сабабли ректоскопнинг қийинчилик билан ўтиши, кенгайган жойга етганда ”тушиб кетиш“ ҳиссининг пайдо бўлиши ва шу соҳада нажас тошларининг йиғилиб қолганлиги аниқланади.

Ирригографияда йўғон ичакнинг торайган ва кенгайиб кетган (10-15 см гача) бўлимлари аниқланади. Ичакнинг кенгаймаган бўлимларидан кенгайган бўлимларига ўтиши воронкасимон шаклда бўлади (расм 1.).

Колоноскопияда тўғри ичакнинг ва сигмасимон ичак дистал қисмининг диаметрда 2,5-3 см гача торайганлигини кузатиш мумкин. Бу соҳада ичак перистальтикаси кузатилмайди девори қалинлашган бўлиб кўринади, ичак қийинлик билан бўшалади. Бўшалгандан сўнг чамбар ичак деворлари пучаймайди.

Асоратлари. Чамбар ичакнинг узайиши ва кенгайиши турли бўлимларининг буралиб қолишига сабаб бўлади ва натижада ўткир ичак тутилиши вужудга келади. Ичак деворида яралар пайдо бўлиши, унинг тешилиши, перитонит, қон кетиши, энтероколит ривожланиши Гиршпрунг касаллигининг асоратларидан ҳисобланади.

Даволаш. Гиршпрунг касаллигида консерватив даволаш операцияга тайёргарлик босқичи ҳисобланади, у ичакнинг бўшатилишига қаратилган чора-тадбирлардан иборат. Парҳезга риоя қилиш, ичак моторикасини яхшилашга имкон берадиган янги сабзавотлар ва мевалардан иборат маҳсулотларни истеъмол қилиш, ичак перистальтикасини физиотерапевтик усуллар билан йўлга солиш, турли хил ҳуқналар қўйиш шулар қаторига киради.

Хирургик даволаш аганглионар зонани ва йўғон ичакнинг декомпенсацияланган кенгайган бўлимларини олиб ташлаб, ичак ўтказувчанлигини тиклашдан иборат.

Носпецифик ярали колит

Носпецифик ярали колит чамбар ва тўғри ичаклар шиллик қаватининг ярали-некротик ўзгариши билан кечувчи сурункали яллиғланиш касаллигидир. Абу Али ибн Сино асарларида йўғон ичакда яралар ҳосил қилиш билан ўтадиган қон аралаш ич кетиши тасвирланган.

Ўзбекистонолимларибупатологияниўрганишга (профессорлар И. А. Кассирский, А. А. Аскарлов, У. А. Аскарлов),
шунингдекноспецификяраликолитнихирургикдаволашга (проф. С. М.

Аъзамхўжаев) каттаҳиссақўшдилар. Ўртачаҳар 100000 аҳолидан 1,2 таси касалланади.

Этиологияси етарли ўрганилмаган. Касалликни чақирувчи микроб ёки вирусни аниқлаш устида олиб борилган ишлар натижасиз якунланган. Шу сабабли касаллик келиб чиқишида инфекцион назарияўзаҳамиятини бир-мунчайўқотган. Бунинг акси аллергия жараён эса, касаллик ривожланишида муҳим ўрин тутди. Овқатланиш рационидан сут, тухумга ўхшаш аллергияларни олиб ташлаш касаллик клиник кечишини ижобий томонга ўзгартирганлиги маълум. Бундан ташқари, иммун жараёнларнинг аҳамияти ҳам касаллик ривожланишида маълум бир маънога эга. Бемор қон зардобда йўғон ичак шиллиқ қаватига қарши маҳсус антителоларнинг бўлиши бунинг яққол далилидир. Носпецификарали колит келиб чиқишида оилавий мойиллик ҳам муҳим аҳмият касб этади.

Патогенези. Касаллик организмнинг сенсебилизацияси ва аутоиммун реакция ривожланиши билан кечади. Ичак шиллиқ қавати антиген ишлаб чиқаради ва унга қарши антителолар пайдо бўлади. Антиген-антитело реакцияси юзага келади, кейин эса колит, яралар келиб чиқади. Кейинчалик иккиламчи инфекция кўшилади, ичак нерв аппарати шикастланади, алиментар етишмовчилик юзага келади.

Паталогик анатомияси. Ичак девори шишган, гиперемиялашган, осон йиртилиувчан бўлиб, шиллиқ қаватида кўплаб яра ва эрозиялар пайдо бўлади. Яра тубида баъзан, аррозияга учровчи ва қон кетишига сабаб бўлувчи қон томирлар кўриниб туради, айрим ҳолларда яралар чуқурлашиб ичак перфорациясига олиб келади. Шиллиқ қават фибрин парда билан қопланган, баъзида касаллик жуда оғир кечиб, ҳатто шиллиқ қаватнинг кўчиб тушиши ҳам кузатилади. Гистологик текширувда шиллиқ қават атрофияси, шиллиқ ости қаватининг лейкоцитар инфильтрацияси ва крипталарда микроабсцесслар юзага келиб, кейинчалик ичак девори чандиқли фибрози ва псевдополипозиди вужудга келади (расм 2.).

Носпецифик яралар колит чамбар ва тўғри ичакнинг барча қисмига тарқалган бўлиши мумкин (тотал зарарланиш), баъзан алоҳида ичак қисмларини эгаллаши ҳам мумкин (сегментар зарарланиш).

Носпецификарали колит клиник кечишида унинг қайси шакли эканлиги аҳамиятга эга. Ўткир (яшин тезлигида кечувчи) шаклида (10% беморларда) касаллик жуда оғир кечади. Бунда ич суриши суткаси 40 мартабагача етиши мумкин. Наҳас шиллиқ, қон, йиринг аралаш бўлади, қоринда кучли оғриқ тенезмлар, қайт қилиш, юқори ҳарорат юзага келади. Беморнинг ахволи оғир, қон босими тушиши, пульсининг тезлашуви кузатилади. қорин катталашган, пайпслаганда йўғон ичак бўйлаб оғриқли. Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, гемоглобин, эритроцитлар сонининг гематокрит кўрсаткичининг камайиши кузатилади. Ич суришининг давом этиши организмнинг сувсизланишига, тана вазнининг пасайишига, сув-электролит алмашинувининг ва кислота-ишқор мувозанатининг бузилишларига олиб келади. Ректороманоскопияда ичак шиллиқ қавати шишган, ундан қон кетаётганлиги, ичак бўшлиғида шиллиқ, қон ва йиринг борлиги кўринади.

Касалликнинг ўткир шакли кўпинча оғир асоратлар билан кечади – массив қон кетиши, ичак перфорацияси, ичак токсик дилатацияси. Ўлим касалликнинг биринчи куни (яшин тезлигида кечувчи шакли) ёки яқин ойлар ичида юзага келиши мумкин. Ўткиршакли кўп учрамасада, ундаги леталлик 20% ни ташкил қилади.

Кўпчилик (50%) беморларда касалликнинг сурункали рецидивловчи шакли учрайди. Бу шаклида касалликнинг авж олиш ва ремиссия давлари алмашилиб келади. Ремиссия даври бир неча йилгача давом этиши мумкин. Касалликнинг авж олишига эмоционал стресс, кўп чарчаш, пархезни бузиш, антибиотик ва сурги дориларни қўллаш сабаб бўлиши мумкин. Авж олган даври худди ўткир шаклини эслатади. Ремиссия даврида беморлар ҳеч қандай шикоят билдирмайдилар, аммо, нажас шаклланмаган ҳолатда қолади. Айрим ҳолларда касаллик ўткир ёки аста-секинлик билан бошланиб, тўхтовсиз равишда кучайиб боради. Бу касалликнинг сурункали узлуксиз шакли ҳисобланиб, 35-40% беморларда учрайди.

Носпецифик ярали колитнинг барча шаклларига анемия, жигарнинг ёғли дистрофияси хос бўлиб, оғир кечувчи шаклида гипоальбуминемия, бета- ва гаммаглобулин миқдорининг кўпайиши кузатилади. Кўп миқдорда сув ва электролит йўқотилиши оқибатида организмда сув-электролит мувозанатининг бузилиши, сувсизланиш, гипокалиемия вужудга келади. Натижада витамин алмашинуви бузилади. Ичак деворининг деструкцияси жуда оғир асоратларга – қон кетиши (5-6%), перфорация (3-4%), ичак токсик дилатацияси (НЯКнинг барча шакллари бўйича беморларнинг 2-6% ида, ўткир шакли билан оғриган беморларнинг 10-20% ида), стеноз, малигнизация (7-10%) олиб келади.

Баъзан, қон кетиши шу даражада кучли бўладики, ҳатто шошилиш жар-роҳлик амалиёти ҳақида савол долзарб бўлиб қолади. Худдишундай ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида ҳам оператив даво якуний ҳисобланади.

Носпецификарили колит рак олди касаллик ҳисобланади. Йўғон ичак раки 5-7% беморларда, касаллик бошлангандан 10-20 йил ўтгач эса бу кўрсаткич 40% ни ташкил қилади.

Диагностикаси беморнинг шикояти, анамнези, ректороманоскопия, ирригография, колоноскопия натижаларига асосланиб бажарилади.

Даволаш. Консерватив даво оқсилга бой, углеводлар ва сутни чекловчи пархездан, десенсибилизацияловчи ва антигистамин дори воситалари (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил), витаминлар (А, Е, С, К, В гуруҳ), бактериостатик препаратлар (этазол, фталазол, сульгин, энтеросептол) дан ташкил топади. Бундан ташқари, салазопиридазин антимиқроб ва десенсибилизацияловчи таъсир кўрсатиб, жуда яхши натижа беради. Даво натижасиз бўлган ҳолатларда давога стероид гормонларни (преднизолон, дексаметазон) қўйиш мақсадга мувофиқдир.

Хирургик даво касаллик асоратлари юзага келганда, яъни, профуз қон кетганда, ичак перфорацияси ва токсик дилатациясида қўлланилади.

Бунданташқари, оператив даво касалликнинг узлуксиз ва рецидивловчи шаклларида, консерватив даво натижа бермаганда, рак ривожланганда ҳамқўлланилади. Ичактоксик дилатациясида илео-ёкикоlostомия амалиёти бажарилади. Қолган ҳолатларда зарарланган ичак қисми резекцияси, колэктомия ёки илеостомия билан яқунланувчи колопроктэктомия амалга оширилади.

Чамбар ичак дивертикуллари ва дивертикулёзи

Туғма дивертикуллар эмбрионал даврда гистогенезнинг бузилиши оқибатида юзага келади. Орттирилган дивертикуллар эса, ичак мушак қавати дефектларидан шиллиқ қаватнинг бўртиб чиқиши натижасида ривожланади (сохта дивертикул). Ичак деворида мушак қавати унинг кўндаланг йўналган тасмалари орасида суст ривожланганлиги туфайли шу ерда пайдо бўлади. Айниқса, ичак деворида қон томирлар кирадиган тешиклари соҳасида дивертикуллар кўп учрайди. Дивертикуллар келиб чиқишида ичакдаги яллиғланиш жараёни, қабзият муҳим роль ўйнайди. Касаллик аксарият 40 ёшдан ошган одамларда кўп учрайди. Дивертикуллар 3-5 мм ли бўйинчаси ва диаметри 0,5-1,5 см бўлган танасига эга бўртмалардан иборат. Кўпинча дивертикуллар сигмасимон ва пастга тушувчи чамбар ичак (68%) ларда кузатилади. дивертикул катталашавергач, унинг девори юпқалашиб, шиллиқ қавати атрофияга учрайди ва натижада нажаснинг шу жойларда туриб қолиши оқибатида эрозиялар, яралар ҳамда дивертикулитлар ривожланади (расм 3.).

Дивертикулёз клиник белгиларисиз кечиб, яллиғланиш жараёни (дивертикулитлар) ривожланиши билан қорин пастида оғриқ, қабзиятнинг ич суриши билан алмашиниб келиши, иштаҳа пасайиши, кўнгил айланиши, баъзан қайт қилиш билан ифодаланаса, кескин яллиғланиш жараёни тана ҳароратининг субфебрил бўлиши, қориндаги оғриқларнинг интенсивлигининг ортиши, лейкоцитоз билан намоён бўлади. Қоринни пайпаслаганда зарарланган соҳа устида кучли оғриқ, мушаклар биров таранглиги кузатилади.

Клиник кечиши ҳудди ўткир аппендицитга ўхшаб кетади, аммо бу белгилар қориннинг чап тарафида аниқланади. 2-27% ҳолатларда дивертикул қорин бўшлиғига ёрилиб перитонитни, қорин орти соҳасига ёрилиб қорин орти флегмонасини ва ичак тутқичи клечаткасига ёрилиб эса параколик абсцессни келтириб чиқаради. Дивертикул ичида ҳосил бўлган абсцесс ичак бўшлиғига ёрилиб белгиларисиз кечса, унинг қорин бўшлиғига ёрилиши перитонитга, бўшлиқли аъзога ёрилиши эса, ички оқма ривожланишига олиб келади. Узоқ муддат давом этиб келган дивертикул битишмалар ҳосил қилиб, ўткир ичак тутилишига сабаб бўлади. Йўғон ичак дивертикулида 3-5% беморларда қон кетиш асорати кузатилади. Бунда артерия девори аррозияга учраб, аксарият ҳолларда у профуз бўлади ва умумий ҳолсизлик, бош айланиши, тери қопламларининг оқимтир тусда бўлиши, нажаснинг қон аралаш келиши, тахикардия белгилари билан намоён бўлади.

Диагностикаси. Ирригоскопия текширув усуллари ичида энг маъқули ҳисодланиб, у нафақат диагностик, балки, даволаш муолажаси билан қиммат-

лидир (қон кетаётган томирли дивертикул бўшлиғини барий охаги билан тампонада қилиш). Дивертикулитда колоноскопия ва рентгенологик текширувларини ўтказиш унинг перфорацияси юз бериши мумкинлиги туфайли хавфлидир.

Даволаш. Консерватив (парҳез, спазмолитиклар, антибиотиклар, сульфаниламидпрепаратлари, антисептик воситалихукналар). Хирургик давога кўрсатма дивертикул перфорацияси, ўткир ичак тутилиши, массив қон кетиши, жуда кучли дивертикулитда медикаментоз даво наф бермаганда ва ички оқмалар ривожланганда юзага келади. Операция гемиколэктомия, сигмасимон ичак резекцияси билан ифодаланади.

АДАБИЁТЛАР

I. Основная:

1. Хирургиккасалиklar. Ш.И.Каримов, Тошкент, 2005.
2. Хирургические болезни. Ш.И. Каримов, Ташкент, 2005.
3. Chirurgikkasalliklar. Sh.I. Karimov. Toshkent, 2011.
4. Хирургиккасалиklar. Ш.И.Каримов, Н.Х.Шамирзаев, Тошкент, 1995.
5. Хирургические болезни. Под ред.М.И.Кузина., Медицина, 2002.
6. Методическое пособие по госпитальной хирургии. Назыров Ф.Г. с соав.Ташкент 2004г.
7. Клиническая хирургия. Под ред. Панцырева Ю.М. М. «Медицина», 1988
8. Воробьев А Справочник практического врача в 3х томах. 1990
9. Конден Р., Нейхус Л. Клиническая хирургия. Москва. Практика 1998
10. Назиров Ф.Г., Денисов И.И., Улугбеков Э.Г. Справочник-путеводитель практикующего врача. Москва, 2000.
11. Петровский Б.В. ред. Руководство по хирургии (в 12 томах) М.Медицина 1959-1966.

II. Дополнительная:

13. Кондратенко П.Г. Руководство по клинической хирургии. 2005.
14. Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И., Андрияшкин В.В. Хирургические болезни. 2011.
- 15 Волков Л.А., Зюзьков А.С. Основы ухода за больными хирургического профиля. 2010.
16. СаймонПатерсон-Браун. Общая и неотложная хирургия. 2010.
17. Астапенко В.Г. Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск, 2004.
18. Савельев В.С. 50 лекции по хирургии. Москва 2004.
19. Адреса в Интернете по теме лекции:

www.rmj.net,
www.consilium-medicum.com,
www.mediasphera.ru,
www.laparoscopy.ru,
www.ehpb.com,
www.medmore.ru,
www.gastroportal.ru,
www.medilexicom.com,
www.encicloperdia.com,
www.omoc.su.