

M.I. Rustamov
Z.Y. Saydullaev
I.M. Rustamov



O'TKIR XIRURGIK INFEKSIYA

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIKNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH
MARKAZI**

«TASDIQLANDI» «QABUL QILDI»

O'zRSSV fan va ta'lim muassasalari O'zRSSV Respublika tibbiy
ta'limni

bosh boshqarma boshlig'i rivojlantirish markazi direktori

B.O.Hudanov

A.T.Mahmudov

« _____ » _____ 2022 yil « _____ » _____ 2022
yil

O'TKIR XIRURGIK INFEKSIYA

(O'quv qo'llanma)



SAMARQAND - 2022 yil

UDK: 617-002.3(075.8)

BBK: 54.5ya73

Ishlab chiquvchi

Muassasa - Samarqand davlat tibbiyot universiteti

Tuzuvchilar:

- M.I. Rustamov** - Samarqand davlat tibbiyot institutining umumiy xirurgiya kafedrası assistenti, t.f.n
- Z.Ya. Saydullayev** - Samarqand davlat tibbiyot institutining umumiy xirurgiya kafedrası assistenti.
- I.M. Rustamov** - Samarqand davlat tibbiyot institutining umumiy xirurgiya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

- Z.B. Kurbaniyazov** - Samarqand davlat tibbiyot institutining I xirurgik kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d., dotsent
- S.S. Davlatov** - Buxoro davlat tibbiyot institutining fakultet va gospital xirurgiya, urologiya kafedrası dotsenti, PhD

Annotatsiya. O'quv qo'llanmada yumshoq to'qimalarning o'tkir yiringli kasalliklari, limfa tugunlari va tomirlarning o'tkir yiringli kasalliklari, kaftning o'tkir yiringli kasalliklari, suyakning yiringli kasalliklari, o'tkir spetsifik xirurgik infeksiya, bo'shliqlarning o'tkir yiringli kasalliklari xaqida tegishli bo'lgan asosiy nazariy ma'lumotlar aks ettirilgan.

Yumshoq to'qimalarning o'tkir yiringli kasalliklari, limfa tugunlari va tomirlarning o'tkir yiringli kasalliklari, kaftning o'tkir yiringli kasalliklari, suyakning yiringli kasalliklari, o'tkir spetsifik xirurgik infeksiya, bo'shliqlarning o'tkir yiringli kasalliklari etiologiyasi, patogenezi, klinik manzarasi, diagnostikasi va zamonaviy davolash usullari yoritilgan.

Mavzu bo'yicha test savollar, vaziyatli masalalar va malakaviy ko'nikmalar berilgan.

O'quv qo'llanma tibbiyot OTMlari studentlari, magistratura rezidentlari, klinik ordinatorlar uchun mo'ljallangan.

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot instituti Markaziy ilmiy-uslubiy kengashida muhokama qilindi (2022 yil "21" fevral 7 sonli bayonnoma)

O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot instituti Ilmiy kengashi tomonidan tasdiqlangan (2022 yil "23" fevral 7 sonli bayonnoma)

Kengash Ilmiy kotibi: _____ U.U. Ochilov

ISBN: 978-9943-8361-7-4

© Tibbiyot ko'zgusi, 2022

© M.I. Rustamov, Z. Ya. Saydullayev, I.M. Rustamov

Mundarija

Kirish	6
O'TKIR XIRURGIK INFEKSIYA.....	8
YUMSHOQ TO'QIMALARNING O'TKIR YIRINGLI KASALLIKLARI ABSESS, FLEGMONA, FURUNKUL, KARBUNKUL, GIDRADENIT, MASTIT, SARAMAS, PARAPROKTIT.....	15
ABSESS (ABSCESSUS)	15
FLEGMONA (RHLEGMONA).....	18
FOLLIKULIT (FOLLICULITIS)	22
FURUNKUL (FURUNCULUS).....	22
FURUNKULYOZ (FURUNCULOSIS).....	25
KARBUNKUL (CARBUNCULUS)	26
GIDRADENIT (HIDRADENITIS)	29
MASTIT (MASTITIS).....	31
SARAMAS (ERYSIPELAS)	36
ERIZIPELOID (ERYSIPELOIDES)	39
PARAPROKTIT (PARAPROCTITIS).....	40
LIMFA TUGUNLARI VA TOMIRLARNING O'TKIR YIRINGLI KASALLIKLARI LIMFADENIT, LIMFANGIIT.....	44
LIMFANGIIT (LYMPHAGIITIS)	44
LIMFADENIT (LYMPHADENITIS)	45
KAFTNING O'TKIR YIRINGLI KASALLIKLARI.....	48
HASMOL (PANARITSIY).....	49
TERI HASMOLI	50
TERI OSTI HASMOLI.....	51
PAY HASMOLI (PAY QINI HASMOLI).....	53
SUYAK HASMOLI.....	54
BO'G'IM HASMOLI.....	55
TIRNOQ OSTI HASMOLI.....	56
TERI YONI HASMOLI.....	57
PARONIXIYA.....	58
PANDAKTILIT.....	59

O'TKIR XIRURGIK INFEKSIYA

KAFT FLEGMONASI.....	59
SUYAKNING YIRINGLI KASALLIKLARI.....	66
OSTEOMIELIT.....	66
O'TKIR SPETSIFIK XIRURGIK INFEKSIYA.....	81
QOQSHOL.....	81
KUYDIRGI.....	88
YARA DIFTERIYASI.....	90
BO'SHLIQLARNING O'TKIR YIRINGLI KASALLIKLARI.....	91
YIRINGLI O'TKIR PERITONIT.....	91
YIRINGLI MEDIASTINIT.....	112
Yuza joylashgan yiringli bo'shliqlarni ochish texnikasi.....	123
Jami.....	124
Yuza joylashgan yiringli bo'shliqlarni ochish texnikasi.....	137
Jami.....	138
Jaroxatga birlamchi xirurgik ishlov berish (JBXIB).....	139
Barcha maishiy va ishlab chiqarishda olingan jaroxatlarga QQZ va qoqshol anatoksini sxema bo'yicha qilinadi.....	139
Jami.....	139
TAVSIYA ETILADIGAN ADABIYOTLAR.....	142
Internet ma'lumotlari:.....	143

Kirish

1. Yumshoq to'qimalarning o'tkir yiringli kasalliklari absess, flegmona, furunkul, karbunkul, gidradenit, mastit, saramas, paraproktit.

2. Limfa tugunlari va tomirlarning o'tkir yiringli kasalliklari limfadenit, limfangit.

3. Kaftning o'tkir yiringli kasalliklari.

4. Suyakning yiringli kasalliklari.

5. O'tkir spetsifik xirurgik infeksiya.

6. Bo'shliqlarning o'tkir yiringli kasalliklari.

Mashg'ulotni o'tkazish joyi: Kafedra – o'quv xonasi, xirurgiya bo'limi bog'lov va manipulyasiya xonasi.

Mashg'ulotning jixozlanishi: Ko'rgazmali qurollar, fantomlari, bemor-lar, tarqatma materiallar, texnik vositalar.

Mashg'ulotning davomiyligi: 4 soat.

Mashg'ulot xronologiyasi

No	Mashg'ulot bosqichlari	O'tkazish joyi	Vahti
1.	Ertalabki vrachlar konferensiyasida ishtirok etish.	SamDTI umumiy xirurgiya kafedrasining konferensiya zali	5 min
2.	Tashkil etish chora-tadbirlari	O'quv xona	5 min
3.	Mavzu bo'yicha boshlang'ich bilimni tekshirish	O'quv xona	30 min
4.	Bemorlar kuratsiyasi	Bemorlar xonasi, bog'lama va operatsiya xonalari	30 min
5.	Kuratsiya qilingan bemorlar muhokamasi	O'quv xona	40 min
6.	Mashg'ulot mavzusi muhokamasi	O'quv xona	60 min
7.	Mashg'ulotni o'zlashtirish nazorati	O'quv xona	30 min
8.	Mashg'ulotning test nazorati	O'quv xona	20 min
9.	Vaziyatli masala va amaliy ko'nikmalarni echish	O'quv xona	40 min
10.	Keyingi mashg'ulotga tayyorgarlik	O'quv xona	10 min

O`TKIR XIRURGIK INFEKSIYA

Mashg'ulotning maqsadi: Talabalarga yumshoq to'qimalarning o'tkir yiringli kasalliklari, limfa tugunlari va tomirlarning o'tkir yiringli kasalliklari, kaftning o'tkir yiringli kasalliklari, suyakning yiringli kasalliklari, o'tkir spetsifik xirurgik infeksiya, bo'shliqlarning o'tkir yiringli kasalliklari xaqida tushuncha berish, ularning turlari bilan tanishtirish, diagnostikasi, differensial diagnostikasi va davolashning asosiy tamoyillarini tushuntirish.

Vazifalar: -talabalarning jarroxlikda antiseptik moddalarni qo'llash, sterillash masalalari, jarroxlik statsionari va poliklinika ishida aseptika va antiseptikaning asosiy qoidalariga rioya qilishi; - jarroxlik infeksiyasi xaqida tushuncha; - yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari turlari, klinik belgilari, davolash asoslari, oldini olish usullarini bilishi; - birinchi yordam ko'rsatish to'g'risida tushunchaga ega bo'lish.

Talaba bilishi lozim: yumshoq to'qimalarning o'tkir yiringli kasalliklari, limfa tugunlari va tomirlarning o'tkir yiringli kasalliklari, kaftning o'tkir yiringli kasalliklari, suyakning yiringli kasalliklari, o'tkir spetsifik xirurgik infeksiya, bo'shliqlarning o'tkir yiringli kasalliklarining etiologiyasi, patogenezini, klassifikatsiyasi, klinik manzarasi, diagnostika usullari (bakteriologik, bakterisoskopik), profilaktikasi, va davolash, bemorlarni palatadagi sanitar-gigienik tartibi.

Talaba bajara olishi lozim: bemorlarni to'g'ri konsultatsiya qilishi, shikoyatlari, anamnezini to'g'ri aniqlash, diagnostika usullarini qo'llash, yumshoq to'qimalarning o'tkir yiringli kasalliklari, limfa tugunlari va tomirlarning o'tkir yiringli kasalliklari, kaftning o'tkir yiringli kasalliklari, suyakning yiringli kasalliklari, o'tkir spetsifik xirurgik infeksiya, bo'shliqlarning o'tkir yiringli kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni jaroxatlarini operatsiyadan keyingi davrda qayta bog'lash, davolash rejasini tuzish, sanitar-gigienik tartibni belgilash.

Motivatsiya: Yiringli kasalliklar va jaroxat infeksiyasi asrlar osha umumiy xirurgiyaning asosiy muammolaridan biri bo'lib kelmoqda.

Hozirgi kunda yiringli kasalliklari bo'lgan bemorlar umumiy xirurgik bemorlarning 25% tashkil qiladi. Ayniksa absess va flegmonalar yiringli intoksikatsiya bilan kechib o'z vaqtida va etarli darajada

yordam berilmasa bemorlar ahvolini og'irlashtirib, umumiy xirurgik infeksiyasi rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin. Shu sababli bu mavzuni o'rganish xar qanday shifokor uchun muhim va zarurdir.

Fanlararo va fan ichida bog'likligi: Mavzuning o'zlashtirish uchun biologiya, mikrobiologiya fanlaridan olingan bilimlar: klostridiy turkumiga kiruvchi mikroblarning nomlarini, biologik xossalarni, makroorganizmga kirish, rivojlanish, tarqalish usullarini, ishlab chiqaruvchi toksinlarni bilishi zarur. Qo'shimcha ravishda mikroblarga qarshi anatoksin, antitoksin, zardoblarning tayyorlanishi, ularning ta'sir etish mexanizmlarini bilishlari lozim. Kasallikning profilaktikasini amalga oshirishda aseptika, antiseptika usullaridan foydalanishni talabalarga o'qtirish kerak.

Mavzuning mazmuni: yumshoq to'qimalarning o'tkir yiringli kasalliklari, limfa tugunlari va tomirlarning o'tkir yiringli kasalliklari, kaftning o'tkir yiringli kasalliklari, suyakning yiringli kasalliklari, o'tkir spetsifik xirurgik infeksiya, bo'shliqlarning o'tkir yiringli kasalliklari xaqida tegishli bo'lgan asosiy nazariy ma'lumotlar, ularning etiologiyasi, patogenezini, klinik manzarasi, diagnostikasi va zamonaviy davolash usullari yoritilgan.

O'TKIR XIRURGIK INFEKSIYA

Yiringli infeksiya jarroxlik klinikasida asosiy o'rinlardan birini egallaydi. ko'plab kasalliklar va operatsiyadan keyingi asoratlarning sababchisi bo'lim hisoblanadi. Yiringli-yallig'lanish kasalliklari bilan og'riqan bemorlar barcha jarroxlik bemorlarning 1/3 qismini tashkil qiladi va bu kasalliklar sonining yanada ko'payish tendensiyasi mavjud.

Yiringli jarroxlik infeksiyasi - bu organizmga patogen piogen mikroblarning kirib kelishi va ko'payishi natijasida kelib chiqadigan turli lokalizatsiyali yallig'lanish jarayoni, keyin yiringli o'choq hosil bo'lib, bir tomondan makroorganizmning himoya kuchlarini engib o'tishni talab qiladi va boshqa tomondan, organizmning patogen agentga ma'lum bir sezuvchanligini oshiradi. Yiringli infeksiyaning rivojlanishi uchun ma'lum shartlar zarur: mikroblar organizmga qanchalik ko'p kirsam, ularning virulentligi qanchalik baland bo'lsa va organizmning himoya funksiyasi qanchalik zaif bo'lsa, kasallik

O'TKIR XIRURGIK INFEKSIYA

ehtimoli shunchalik yuqori bo'ladi va aksincha. Yiringli jarayonning rivojlanishi organizmning immun tizimi bilan mikroblarning soni va virulentligi nisbati bilan belgilanadi. Mikroorganizmlar sonining kritik darajasi 1 g to'kimalarda $10^5 - 10^6$ mikrob deb belgilanadi.

Yiringli jarayonning rivojlanishida mikroorganizmlarni kirish va tarqalish usullari muhim ahamiyatga ega. Mikroblar shikastlangan teri va shilliq pardalar orqali inson tanasiga kirib, infeksiyaning asosiy o'chog'dan limfa va qon tomirlari orqali endogen tarzda tarqaladi.

Jarroxlik infeksiyasining rivojlanishi va kechishini belgilovchi muhim omil bemorning organizmining immunobiologik holatidir.

Bu **reaktivlik** va **rezistentlik** orqali aniqlanadi.

Organizmning **reaktivligi** - bu organizmning himoya (moslashuvchan) xususiyatga ega bo'lgan zarar etkazuvchi omillar ta'siriga hayotiy faoliyatdagi o'zgarishlar bilan javob beruvchi qobiliyatidir. U bo'lishi mumkin:

- normergik;
- giperergik;
- gipoergik;

Reaktivlikning kuchayish holati "giperergiya" deb ataladi. Kasallik aniq klinik ko'rinishlar bilan tez davom etadi.

Reaktivlikning kamayish holati "gipoergiya" deb ataladi. Bunday holda, kasallik sust, uzoq vaqt davomida engil klinik ko'rinishlar bilan davom etadi.

Rezistentlik (qarshilik) - organizmning turli patogen omillar, xususan, mikroblar ta'siriga chidamli. U nospetsifik va spetsifik turlarga bo'linadi.

Nospetsifik **rezistentlik** - organizmning turli patogen omillar, ya'ni mikroorganizmlar ta'siriga umuman qarshi turish qobiliyatidir. Lizotsim, komplement, fagotsitoz faolligi va boshqalar darajasi bilan belgilanadi.

Spetsifik **rezistentlik** - tananing xar qanday mikroorganizm ta'siriga yuqori darajada qarshilik ko'rsatishini tavsiflaydi. U xujayrali va gumoral immunitet holati bilan belgilanadi.

Organizm rezistentligi bo'ladi:

- normal;
- kuchli;

serotonin, kininlar, prostaglandin, komplement tizimi va boshqalarning ta'siri kuzatiladi.

Keyin gistamin, kinin tizimi va boshqalar ta'sirida suyuqlik qismini, qon plazmasi oqsillarini xujayralararo bo'shliqlarga chiqarish bilan belgilanadigan ekssudativ faza keladi; bu faza limfotsitlar, makrofaglar va boshqa xujayralar tomonidan to'qimalarning infiltratsiyasi bilan infiltratsion faza yuzaga keladi.

To'qimalarning ekssudatsiyasi va infiltratsiyasi sababli to'qimalar ichi bosimning sezilarli darajada oshishiga olib keladi, bu to'qimalarning hayotiy faoliyati va mikroorganizmlarning agressiv ta'siriga chidamliligining buzilishiga olib keladi. Ko'p o'tmay, hujayrali va gumoral immunitetning namoyon bo'lishi bilan immunologik faza rivojlanadi. Bu butun jarayon proliferativ (reparativ) faza bilan tugaydi.

Shuni ta'kidlash kerakki, yallig'lanish infiltratlarining natijalari har hil bo'lib, jarayonning tabiatiga va infiltratning xujayra tarkibiga bog'liq. Ba'zi hollarda ular sezilarli iz qoldirmasdan so'rilib ketishi mumkin. Leykotsitlar yallig'lanish infiltratlarida lizosomal fermentlarni chiqarish jarayonida paydo bo'ladigan proteolitik moddalar infiltratsiyalangan to'qimalarni erishiga olib kelishi mumkin, ya'ni yiringli o'choq hosil bo'ladi. Yiringli o'choqlarning uchta asosiy shakli mavjud.

Xo'ppoz (absess) - bu yiringning turli to'qima va organlarda to'planishi, u atrofdagi to'qimalardan piogen membrana bilan ajralib turadi. Piogen membrana qon tomirlarga boy granulyasiya to'qimalarining qatlamidir.

Flegmona xujayra to'qimalarining diffuz tarqalgan yiringli yallig'lanishi bo'lib, u chegaralanmagan (ya'ni, piogen membrana) va xujayra bo'shliqlari orqali tarqalishga moyil.

Empiema - tana bo'shliqlari va kovak organlardagi yiringning to'planishi.

Jarroxlik infeksiyasida toksemiyadan kelib chiqqan umumiy buzilishlar ham rivojlanadi.

Toksikoz - organizmga tashqaridan kiradigan yoki organizmning o'zida hosil bo'lgan toksinlarning qonda aylanishi bilan bog'lik bo'lgan tananing zaharlanishi endotoksemiya deb ataladi.

Toksinlar inson tanasining xujayralari va to'qimalariga zararli ta'sir ko'rsatadigan moddalardir.

Jarroxlik infeksiyasi paytida toksikoz to'qimalar, mikroblar va ularning toksinlarining yiringli parchalanish maxsulotlarini yiringli o'choqdan so'rilishi natijasida rivojlanadi. Toksikozning og'irlik darajasi yiringli o'choqning kattaligiga, mahalliy infeksiyon jarayonning og'irligiga va tananing reaktivligiga bog'liq.

KLINIK BELGILARI

Yallig'lanish jarayoniga tananing mahalliy va umumiy reaksiyalari mavjud. Mahalliy yallig'lanish reaksiyalari beshta klassik klinik belgilarni o'z ichiga oladi: qizarish, shish, og'riq, isitma, disfunksiya.

Qizarish - yallig'lanishning juda yorqin klinik belgisi, arteriolalar, venulalar, kapillyarlarning kengayishi, qon oqimining sekinlashishi tufayli yallig'lanish giperemiyasidir. Qon oqimining sekinlashishi bilan yallig'lanish to'qimalarining och-qizil rangi ko'karishi kuzatiladi.

Shish - yallig'lanish paytida qon tomir reaksiyasining oqibatlarini va yallig'lanish o'chog'i atrofida rivojlanadigan, bo'shashgan to'qimalar bilan o'ralgan infiltrat va perifokal shish paydo bo'lishi bilan bog'liq.

Og'riq - yallig'lanishning doimiy hamroxi bo'lib, ekssudat va sezgi nervlari uchlarining ba'zi fiziologik faol moddalari bilan ta'sirlanish natijasida yuzaga keladi.

Mahalliy xaroratning ko'tarilishi arterial qon oqimining ko'payishi bilan, shuningdek, yallig'lanish o'chog'ida moddalar almashuvining kuchayishi natijasida rivojlanadi.

Funksiyaning buzilishi yallig'lanish asosida, qoida tariqasida, har doim sodir bo'ladi. Ba'zi hollarda, shikastlangan to'qimalarning funksiyalarining buzilishi bilan cheklanishi mumkin; lekin ko'pincha butun organizm shikastlanadi.

Shuni esda tutish kerakki, surunkali yallig'lanish yoki ichki organlarning yallig'lanishida ushbu belgilarning ba'zilari bo'lmasligi mumkin.

Yiringli yallig'lanish o'chog'ining rivojlanishida, klinik nuqtai nazardan, infiltratsiya bosqichi va yiringlash bosqichi (xo'ppoz shakllanishi) farqlanadi. Infiltratsiya bosqichida bemorni

tekshirganda terining qizarishi, shishishi aniqlanadi. palpatsiyada zich, kuchli og`riqli patologik shishsimon hosila aniqlanadi va mahalliy xarorat sezilarli darajada oshadi. Yiringlashda (absesslashganda) o`choq ustidagi teri ko`kimtir rangga ega bo`lishi mumkin. Palpatsiya paytida yumshashgan joylari yoki flyuktuatsiya aniqlanadi.

Flyuktuatsiya - bu palpatsiyada yopiq tana bo`shlig`ida suyuqlik mavjudligining alomati. Bu suyuqlikning barcha yo`nalishlarda bosimni teng ravishda o`tkazish hususiyatiga asoslangan. Uni aniqlash uchun bir qo`lning barmoqlari bilan bosilganda, birinchisidan bir oz masofada joylashgan barmoqlarni ko`targanda to`lqin shaklida seziladi.

Organizmning umumiy reaksiyasi yuqori tana xarorati, titroq, bosh og`rig`i bilan namoyon bo`ladi. Har qanday mahalliy jarayon har doim butun organizmning reaksiyasini keltirib chiqaradi, ammo bu reaksiyaning og`irligi mahalliy jarayonning og`irligiga va toksemiyaning og`irligiga bog`liq, ya`ni mikroorganizmlarning hayotiy faoliyati va o`lik to`qimalarning chirishi natijasida hosil bo`lgan toksik moddalar qonda aylanib yuradi.

Og`ir zaharlanishlarda qo`zg`alish yoki aksincha, letargiya, atrof-muhitga befarq munosabat, qon bosimining pasayishi, jigar, taloqning kattalashishi va skleraning sarg`ayishi ko`pincha qayd etiladi.

Laborator tekshirishlarda klinik qon tahlilida leykotsitlar sonining ko`payishi va formulaning chapga siljishi aniklanadi, ya`ni tayoqcha yadrolilar foizining oshishi va segmentlangan shakllarning kamayishi. ECHR ko`tariladi. Jiddiy intoksikatsiyalarda eritrotsitlar va gemoglobin sonining kamayishi kuzatilishi mumkin.

Siydikni umumiy tahlil qilishda buyraklarga toksik zarar etkazish belgilari kuzatilishi mumkin: oqsil, shakllangan elementlar, siydikda silindrlar.

Instrumental tekshirish usullaridan yallig`lanish o`chog`ini ultratovush tekshirish va diagnostik punksiya eng katta ahamiyatga ega.

DAVOLASHNING UMUMIY PRINSIPLARI

Yiringli jarroxlik infeksiyani davolash to`g`ridan-to`g`ri yiringli o`choqqa ta`sir qiluvchi mahalliy va umumiy davolashdan

iborat. Yiringli jarayonlarni mahalliy davolash usullari konservativ va jarroxlik bo'linadi.

Davolashning konservativ usullari yallig'lanish jarayonining infiltratsiya bosqichida qo'llaniladi va yallig'lanish o'choq'ida mikroorganizmlarni bostirish va infiltratni bartaraf etishga qaratiladi. Ular quyidagilarni o'z ichiga oladi: tinch sharoitni yaratish, tananing ta'sirlangan qismini immobilizatsiya qilish, giperemiya va to'qimalarning shishishi pasayishi tufayli interstitsial bosimning pasayishiga olib keladigan sovuqni mahalliy qo'llash, fizioterapiya muolajalarini qo'llash: UBN, diadinamik tok, ultratovush, antiseptikli elektroforez; IQN, antibiotiklar, boshqa antiseptiklardan mahalliy va umumiy foydalanish ham yallig'lanish jarayonining borishiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, uning hal qilinishini tezlashtiradi.

Yiringlash (absesslanish) bosqichida davolashning jarroxlik usullari qo'llaniladi. Yiringli kasalliklar bo'yicha operatsiyalar quyidagi maqsadlarga ega: 1) o'choqdan yiringning doimiy chiqib ketishini ta'minlash va shu bilan yiringli intoksikatsiyani kamaytirish; 2) o'choqda mikroorganizmlarning rivojlanishi uchun noqulay sharoitlar yaratish; 3) yallig'lanish jarayonining zaiflashishi, interstitsial bosim va to'qimalar nekrozi zonasini cheklash.

Yiringli o'choqni ochgandan so'ng, yiringli yara hosil bo'lib, uning rivojlanishida yara jarayonining barcha bosqichlaridan o'tadi. Kesma, iloji bo'lsa, neyrovaskulyar to'plamlardan uzoqda amalga oshirilishi kerak va yiring to'planishining lokalizatsiyasini aniq aniqlashga xarakat qilish kerak. Yiringli bo'shliqni keng kesma bilan ochilib, yiring chiqarilib, nekrotik to'qimalar kesiladi. Yiringli o'choqni sog'lom to'qimalargacha to'liq olib tashlash mumkin. Anatomik sharoitlar va yallig'lanish jarayonining tarqalish darajasi tufayli to'liq davolash va o'choqni ajratish, bo'shliqlarni ochish va nekrotik to'qimalarni qisman olib tashlash bilan cheklanish kerak.

Umumiy davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi: 1) antibiotiklar, sulfanilamidlar va boshqa antiseptiklar yordamida antibiotik terapiyasi; 2) detoksikatsiyalovchi eritmalar, suv-elektrolitlar, makro va mikrotsirkulyasiyani yaxshilaydigan eritmalarni tomir ichiga yuborish orqali detoksikatsion terapiyasi; 3) organizmning immunologik qarshiligining o'ziga hos bo'lmagan

omillarini va spetsifik immunoterapiyani faollashtirish bo'yicha chora-tadbirlar majmui.

Og'ir holatlarda ekstrakorporal detoksikasiya usullari qo'llaniladi: gemo- va plazmasorbsiya (bemorning qonini yoki plazmasini toksik moddalar cho'kadigan sorbentlar bilan maxsus kolonkalar, perfuziya orqali "tozalash" usullari); qonniUBN va boshqalar.

Shunday kilib, yiringli jarroxlik infeksiyani davolash shifokorning xarakterlarini tushunish va har bir bemorga individual yondashuvni talab qiladigan kompleks terapevtik chora-tadbirlar majmuini o'z ichiga oladi.

YUMSHOQ TO'QIMALARNING O'TKIR YIRINGLI KASALLIKLARI ABSESS, FLEGMONA, FURUNKUL, KARBUNKUL, GIDRADENIT, MASTIT, SARAMAS, PARAPROKTIT.

ABSESS (ABSCESSUS)

Absess (abscessus) - to'qimalar oralig'ida qobiq bilan o'ralgan holda yiring to'planishi bilan harakterlanadigan chegaralangan yiringli yallig'lanishdir.

Etiologiya va patogenezi. Yiringli infeksiya chaqiruvchisi bo'lib stafilokokklar – monokultura yoki boshqa mikroblar assotsiatsiyasi bilan hisoblanadi (ichak tayoqchasi, streptokokklar, bakteroidlar va boshq.). Absesslar teri osti yog' qavatida, mushaklararo bo'shliqda, o'pkada, jigarda, taloqda, erkin qorin bo'shlig'ida, buyrakda, miyada, suyaklarda bo'lishi mumkin. Absess rivojlanishida yiring hosil qiluvchi mikroblar «kirish darvozasi» orqali mazkur to'qimalarga o'tadi.

«Kirish darvozasi» bo'lib, har xil turdagi jarohatlar, in'eksiya o'rinlari, ichki a'zolarining yallig'lanish kasalliklari (appenditsit, xoletsistit, pnevmoniya va hokazo) xizmat qiladi. Ayrim hollarda absesslar sepsisda gematogen metastazlar sababli ham rivojlanishi mumkin. Absessning asosiy hususiyatlaridan biri – uning ichki piogen qobiq bilan o'ralib turilishidir. Atrof to'qimalarni yiringli bo'shliq ustidan qobiq bilan o'rab olish organizmning himoya funksiyasi saqlanib qolganligidan dalolat beradi. Absess

bo'shlig'idagi yiring miqdori bir necha millilitrdan bir litrgacha yoki undan ham ko'proq bo'lishi mumkin.

Klinik manzarasi va diagnostikasi. Kasallik boshlangan davrda absess sohasida to'xtab-to'xtab turadigan og'riq paydo bo'ladi. Keyin asta-sekin shish va qizarish ortib, tungi og'riq yuzaga keladi. Yiring yig'ilishiga qarab, flyuktuatsiya aniqlanadi - bu muhim simptomdir. Agar absess chuqur joylashgan bo'lsa, flyuktuatsiyani aniqlash mushkul. Bunday hollarda ultratovush, kompyuter tomografiyasini qo'llash va diagnostik punksiya yordamida diagnoz qo'yish mumkin bo'ladi (rasm 1).



Rasm 1. *Bo'yinning absesslashgan furunkuli.*

Absessning keyinchalik avj olishida bemorning umumiy ahvoli sezilarli ravishda og'irlashadi. Xarorat 39°C gacha ko'tariladi (bemorning ertalab ahvoli yaxshilanib turganida), leykotsitoz $15-20 \cdot 10^9$ l ga etadi, formulaning chapga siljigani ma'lum bo'ladi, EChT ko'tariladi.



Rasm 2. *Qandli diabeti bilan bemorda o'ng son absessi.*

Ichki organlarda (jigarda, o'pkada) yoki yirik qon tomirlari bilan yonma-yon joylashgan bo'lsa, absess ayniqsa xatarlidir. Ular qorin yoki ko'krak bo'shlig'iga teshib o'tgan hollarda yiringli peritonit yoki plevrit yuz beradi. Jarayon vena devoriga o'tgidek bo'lsa, u holda progressiv tromboflebit avj oladi (rasm 2).

Yiringning xarakteri (konsistensiyasi, rangi, xidi) absess chaqiruvchisiga bog'liq bo'ladi: noxush sassiq xidli, kir-och rang - chirituvchi flora; quyuq sariq-yashil rangli yiring – stafilokokk; yashil-ko'k rangli shirinchali hid – ko'k yiringli tayoqcha va boshq.

Differensial diagnozi. Absessni flegmonadan, gidradenitdan, gematomadan, churradan, anevrizmadan, xavfli o'smadan, shuningdek, sovuq absesslardan farqlay bilish kerak. Sovuq absess suyaklar va bo'g'imlar sil bilan zararlangan hollarda paydo bo'ladi. Sovuq absessda flyuktuatsiya bo'ladi, ammo o'tkir yiringli yallig'lanishning hamma belgilari sezilmaydi. Differensial diagnostikada punksiya qilinib, bakteriologik tekshiruv amalga oshiriladi. Bunda mikroob chaqiruvchi, antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash katta ahamiyatga ega.

Davosi. Dastlabki davolash davrida absessni chegaralash maqsadida: issiq muolajalar (isituvchi kompresslar, grelka, sollyuks, UVCh) va tinchlik rejimi qo'llaniladi. Flyuktuatsiya aniqlangan hollarda esa, jarroxlik yo'li bilan davolash - absessni ochish kerak.

Operatsiyani mahalliy og'riqsizlantiradigan yoki venaga yuboriladigan narkoz ostida amalga oshirish mumkin. Absess bo'shlig'iga drenaj nay yaxshilab qo'yilishi uchun kesma etarli darajada keng bo'lishi lozim. Drenaj uchun dokadan qilingan tamponlardan, turli o'lchovlardagi polixlorvinil naychalardan yoki rezina qo'lkop drenajlardan foydalaniladi. Shuni unutmaslik kerakki, qon va yiringni o'ziga singdirib olgan tamponlar, huddi tiqin kabi, jaroxatdan oqib chiqayotgan suyuqlik uchun o'tib bo'lmas bir to'siqqa aylanadi. Shuning uchun ular xar kuni, ba'zida 12 soatda ikki marta almashtirilmog'i lozim. Tamponlar va drenajlar jaroxatda to undan yiring butunlay ajralib chiqmaguncha turadi. Mahalliy joyga proteolitik fermentlar yuboriladi.

Yig'ilgan yiringni chegaralashda punksiyon usuldan foydalanish mumkin; punksiya vaqtida, yiring so'rib olingandan so'ng, absess

bo'shlig'i antiseptik suyuqliklar bilan yuviladi, keyin o'nga antibiotiklar va proteolitik fermentlar yuboriladi, shunday qilib, yiring bo'shlig'i aktiv aspiratsiyasi yo'lga qo'yiladi.

Ayni paytda, sifatli taomlar tayinlanadi, vitaminoterapiya o'tkaziladi, eritrotsitar massa, qon o'rnini bosuvchi preparatlar quyiladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar, spetsifik terapiya (stafilokokkli anatoksin bilan immunizatsiya, spetsifik b-globulin va boshq.) qilinadi.

FLEGMONA (RHLEGMONA)

Flegmona (rhlegtopa) – bu to'qimalarning tarqoq ravishda o'tkir yiringli yallig'lanishi. Flegmona avvalo yumshoq biriktiruvchi to'qimalarda kuzatiladi; yallig'lanish jarayoni teri osti kletchatkasida, shuningdek, mushaklarda, mushaklar orasida, a'zolar orasi (masalan, qorin pardasi orti) kletchatkasida yuzaga kelishi mumkin.



Rasm 3. *Chap boldir flegmonasi.*

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik qo'zg'atuvchilari ko'proq stafilokokklar va streptokokklar, enterobakteriyalar va anaerob mikroorganizmlardir. Mikrob to'qimaga to'g'ridan-to'g'ri, shuningdek, limfogen va gematogen yo'llar bilan tushishi mumkin. Flegmona, shuningdek, ikkilamchi bo'lishi mumkin, ya'ni u furunkul, karbunkul yoki boshqa yallig'lanish kasalliklari tufayli asorat qolishi natijasida avj oladi. Seroz jarayoni kuchayadi, keyin infiltrat yuzaga keladi, to'qima nekrozi paydo bo'ladi. Natijada asta-sekin to'qimalarning tarqoq yiringli infiltratsiyasi paydo bo'ladi (rasm 3,4,5).



Rasm 4. *Boldir flegmonasi streptodermiya asorati bilan.*



Rasm 5. *Qandli diabet bilan kasallangan bemorda o'ng cho' flegmonasi.*

Patologoanatomik manzarasi. To'qima nekrozga uchraganidan darak beruvchi o'zgarishlar yumshoq biriktiruvchi to'qimada avj olib boraveradi. Mikroblarning turiga ko'ra to'qimalardagi o'zgarishlarni tafovut qilish mumkin. Masalan, anaerob infeksiyasi mavjud bo'lsa, gaz pufakchalarini ko'rish mumkin, yiringli pufakchalarda esa to'qimalarning emirilishi yoqimsiz hid bilan kechadi. Absessdan farq qilib, flegmonada yallig'langan kapsula o'chog'ining aniq - ravshan chegarasi bo'lmaydi. (Flegmanoz jarayoni uchun xos bo'lgan yallig'lanish bo'yicha bo'lgan o'zgarishlarni teri osti kletchatkasining yiringsiz

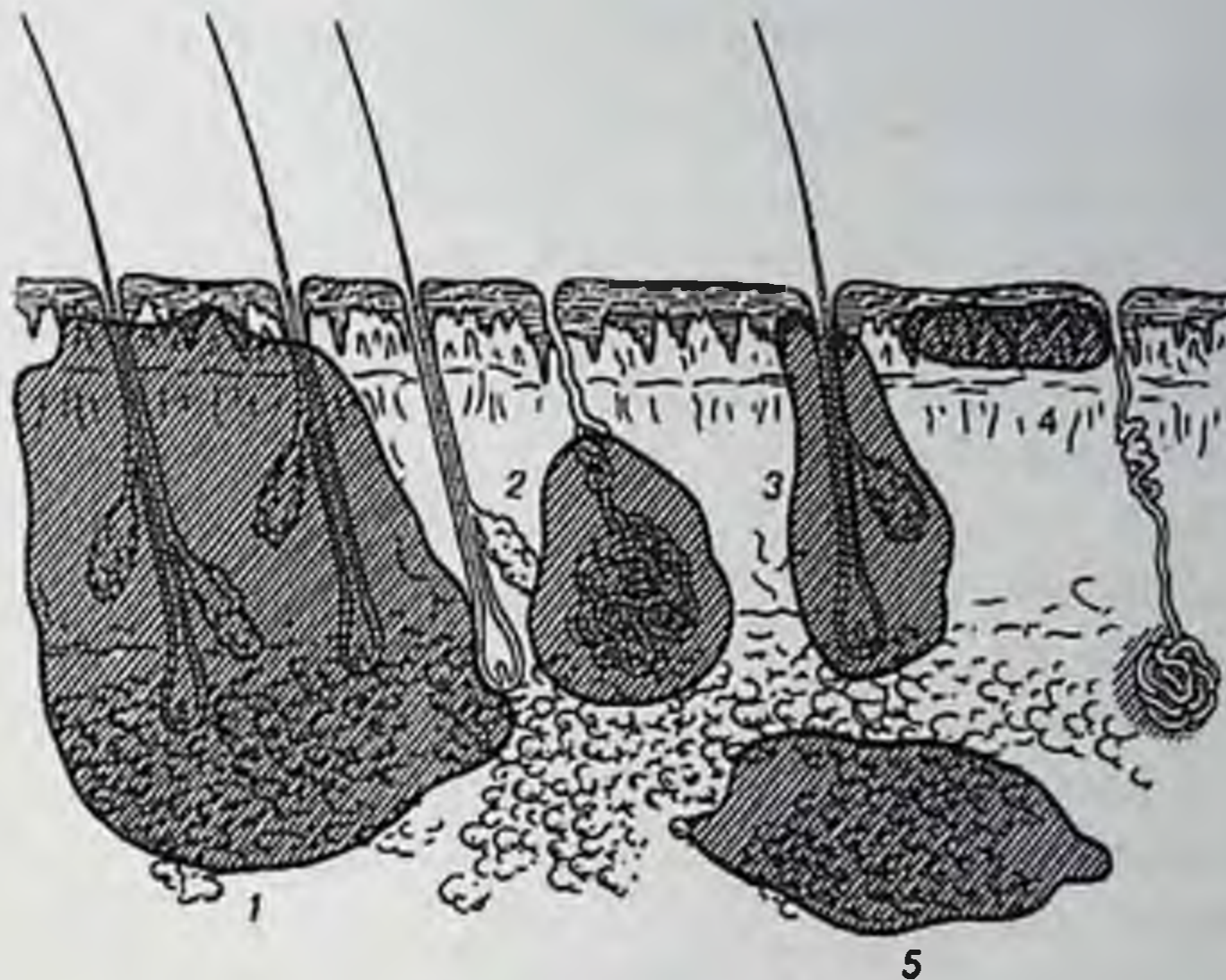
yallig'lanishini anglatuvchi va biriktiruvchi to'qimaning yupqa qatlami bo'ylab xujayralararo bo'shliqqa tarqaluvchi selliyulit bilan aralastirib yubormaslik kerak).

Flegmonaning ayrim turlari ularning tarqalishiga yo'l qo'yilmasligi yoki boshqa jihatlarga bog'liq holda o'ziga hos nomga ega. Masalan, qorin parda orti kletchatkasi flegmonasi, chaqaloqlar flegmonasi va x. k.

Klinik manzarasi. Kasallik birdaniga boshlanib, og'riq, et uvishishi, darmonsizlik va xaroratning 40°C gacha ko'tarilishi bilan birga kechadi. Yallig'lanish o'chog'ida shish paydo bo'ladi, og'riqli infiltrat yuzaga keladi. oyoq-qo'l shikastlanganda ularning bajaradigan funksiyasi keskin pasayib ketadi. Infiltrat sohasida to'qimalarning organizm intoksikatsiyasi bilan kuchayib boruvchi yiringli yallig'lanishi asta-sekin avj olib boradi. Chuqur flegmonalar, masalan, kichik chanoq flegmonasi yoki qorin parda orti kletchatkasi flegmonasi juda ham xavflidir, chunki ular xatarli asoratlarni qolishiga olib borishi mumkin. Chaqaloqlar flegmonasi ham undan qolishmaydi: septik holatning birdaniga paydo bo'lishi va teri osti yog' kletchatkasining kuchayib boruvchi nekrozi unga hosdir. Nekrotik o'choqning asta-sekin bitib ketmasligi natijasida jaroxat o'ziga hos tus oladi - uning chetlari do'mpayib chiqadi, qing'ir-qiyshiq shakl oladi, jaroxat ostidagi granulyasion to'qimalar, mushaklar, ochiq suyaklar ko'rinib turadi (rasm 6).

Differensial diagnozi. Flegmonani absessdan, gidradenitdan, kuchayib boruvchi tromboflebit va limfangitdan, shuningdek, gematogen osteomielit va aktinomikozdan farqlash lozim.

Davosi. Konservativ davo (issiq muolajalar, antibiotiklar) kasallikning faqat boshlang'ich bosqichida o'rinlidir. Uning keyingi avj olish jarayonida zudlik bilan bajariladigan jarroxlik usuli bilan davolash- jaroxatni kengroq kesish, yallig'lanish o'chog'ini drenajlash kerak. Terining kesilgan joyi keng bo'lishi va kontraperturalar ochilishi lozim. Chaqaloqlar flegmonasida to'qimalar shikastlangan joyda va sog'lom to'qima bilan yallig'lanish o'chog'i o'rtasidagi chegarada ko'plab kichikroq kesmalar qilinadi (qator hollarda kesish amalga oshirilganda yiring emas, balki qonli ekssudat chiqadi). Tizillab otiluvchi antiseptik suyuqliklar bilan yuviladi.



Rasm 6. Teri va teri osti kletchatkasida joylashgan yiringli jarayon (sxema).

1 - karbunkul, 2 - gidradenit 3 - furunkul, 4-saramas, 5 – teri osti kletchatkasi flegmonasi.

Operatsiya qilingan jaroxat yon tomonlarida ko'pdan-ko'p tuynuklari bo'lgan polixlorvinil naychalar yordamida drenaj qo'yiladi. Proteolitik fermentlar qo'llaniladi. Bordi-yu, bemorning umumiy ahvoli yaxshilanmasa, asorat (kuchayib boruvchi flegmona, septik tromboflebit, yiringning bo'shliqqa yorib kirishi va h.k.) yuz bergan, deb o'ylash mumkin. Bunday hollarda giperborik oksigenatsiya qo'llaniladi. SHuningdek, boshqariluvchi bakterial muhitli (aero terapevtik qurilma ATU-3, ATU-5) maxsus mahalliy izolyatorlarda jaroxatlarni ochiq usul bilan davolash ham naf berishi mumkin.

Katta dozalardagi antibiotiklarni (sefalosporinlar, yarim sintetik penitsillinlar, aminoglikozidlar, ristomitsin, klindamitsin, azlotsillin va boshqalar) qo'llash, shuningdek, qon o'rmini bosuvchi eritmalarni quyish, yurak dorilarini yuborish, to'yimli ovqatlar va vitaminoterapiya muhimdir.

FOLLIKULIT (FOLLICULITIS)

Folikulit (folliculitis) – soch xaltasining yiringli yallig'lanishi. Follikulit asosan tilla rang stafilokokk tufayli paydo bo'ladi. Yiringli jarayon faqat soch xaltachalari bilangina cheklanadi. Follikulitning kelib chiqishiga organizmning zaiflashi, shamollash, avitaminoz, surunkali kasalliklar, moddalar almashinuvining buzilish holatlari sabab bo'ladi.

Klinik manzarasi. Soch atrofida asosan deyarli og'riq bermaydigan yiringli pufak paydo bo'ladi. Bu pufak kasallangan sochni yulib olib tashlagandan so'ng bir necha kun ichida bitib ketadi. Agar bir joyda zich joylashgan soch xaltachalari yallig'langan bo'lsa, u holda surunkali kechadigan shikastlanishlar yuz beradi. Bunday kasallikka yorqin misol - soqoldagi sikozdir.

Davosi. Gigiena qoidalariga rioya qilish, tuklarni qirish, 2% salitsil spirt bilan ishlov berish. Gigienik vannalar tavsiya etilmaydi. Follikulalar steril igna bilan ochilib, yod eritmasi, brilliant yashil bilan ishlov beriladi. Surunkali follikulitlarda yo'ldosh kasalliklarni birgalikda davolab, antibakterial terapiya, immunoterapiya, vitaminoterapiya, modda almashinuvi buzilishi korreksiyasi (masalan, qandli diabetda). Fizioterapevtik vositalar –yallig'lanish o'chog'ini ultra binafsha nur bilan nurlash, elektroforez stafilokokkli fag yoki antibiotiklar bilan, diadinamik – terapiya va boshqalar qo'llaniladi.

FURUNKUL (FURUNCULUS)

Furunkul (furunculus) soch xaltachasi va teri yog' bezining o'tkir yiringli nekrotik yallig'lanishidir. U yiringli kasalliklarning eng ko'p uchraydigan turlaridan biri. Ko'pincha tananing sochli sohalarida uchraydi; bo'yinning orqa tomonida, bilakda, sonda, panjaning yuza qavatida. Furunkulning kelib chiqishiga mikrotravmalar, masalan terining tiralishi, terining qichima kasalliklari sabab bo'ladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Furunkul tilla rang stafilokokk yoki terida yog' bezlari og'izchalarida bo'lgan boshqa kasallik ko'zg'atuvchi mikroblar tufayli kelib chiqadi. Terining ifloslanishi, teri kasalliklari, organizmning umumiy zaiflanishi, avitaminoz

O'TKIR XIRURGIK INFEKSIYA

(vitaminlarning etishmasligi), moddalar almashinuvining buzilishi (ko'pincha qand kasalligi bilan og'riqan bemorlarda) - furunkul chiqishiga imkon yaratuvchi asosiy omillardir. U kiyim ko'proq ishqalanadigan joylarda - odamning bo'yni, elkasi, beli va dumbalarida bo'ladi.



Rasm 7. *Yuzdagi absesslashgan furunkul.*



Rasm 8. *O'ng tirsak furunkuli, tirsak flegmonasi asorati bilan.*

Patologoanatomik manzarasi. Dastlabki bosqichda soch xaltachasida yiringli dumboqcha paydo bo'ladi. Unda neytrofil leykotsitlar, stafilokokklar va fibrin bo'ladi. Infeksiya tarqalishiga ko'ra terining so'g'on qatlamiga tushib, o'sha erda nekroz o'choqli to'qimalarning yiringli infiltratsiyasi (shish) paydo bo'ladi. Nekrotik zona atrofida yiring yig'iladi, nekrotik o'zak paydo bo'lib, uning ko'zi teri ustida bo'ladi. Atrofi qizaradi, shishadi. Ana shu o'zak

tushib ketgach, uning bo'sh bo'lib qolgan o'rnini asta-sekin, taxminan 2 hafta davomida granulyasion to'qima bilan to'lib boradi va chandiqlik hosil bo'ladi.

Klinik manzarasi. Avvaliga teri qichishadi, keyin bilinar - bilinmas og'riq paydo bo'ladi. Soch xaltachasi yoki yog' bezi atrofida qizarish, o'rtacha kattalikda shish paydo bo'ladi. Mazkur simptomlar 1-2 kecha-kunduz davomida rivojlanadi. Keyinchalik yallig'lanish yuz bergan joydagi terining rangi ko'kish-och qizil tus oladi, infiltrat kattalashadi, og'riq zo'rayib boradi. Yallig'lanish o'chog'i markazida yiringli pufakcha yuzaga keladi. Yiring tufayli xalok bo'lgan to'qimalarda nekrotik o'zak rivojlanadi. Birinchi haftaning oxirida ichiga yiring to'plangan pufakcha yoriladi, yiring, u bilan birga esa nekrotik o'zak ham chiqib ketadi. Ana shundan so'ng infiltratsiya va shish pasayadi, asta-sekin og'riq yo'qoladi. Nekrotik bo'shliq granulyasion to'qima bilan to'lib boradi va bitib ketadi. Furunkul ko'pincha bemorning og'ir holatda bo'lishi bilan kechmaydi (rasm 7,8). Tana xarorati odatda subfebril bo'ladi, lekin 39-40°C ga ham ko'tarilishi mumkin.

Odamning yuziga, ayniqsa, yuqori lab sohasida chiqqan furunkul xatarlidir, chunki yallig'lanish o'chog'idan infeksiya bosh suyagining venoz sinuslariga tarqalib ketishi, yuz venalarni trombozini keltirib chiqarishi, miya pardalarini yallig'lantirishi va oxir oqibatda bemorni o'limga olib kelishi mumkin. Yuz venalarining tobora ko'payib boruvchi tromboflebiti odatda furunkulni siqib, yiringni chiqarib yuborishga urinib ko'rilgandan so'ng rivojlanadi. Bunday holda infeksiya miya sinuslariga yuz venalari sistemasidan tarqaladi. Yuzdagi shish kattalashadi, xarorat ko'tariladi (40-41°C), bosh qattiq og'riydi, ensa mushaklari «qotib» qoladi, ko'rish qobiliyati buziladi.

Furunkul asoratlari birinchi navbatda progressiv limfadenit, flegmona, yiringli artrit, sepsis va hokazolar bo'lishi mumkin.

Differensial diagnozi. Furunkulni barmoqlarning yiringli yallig'lanishidan (furunkul soch xaltachalari bo'lmagan sohalarda uchramaydi), ter bezlari, to'qimalar flegmonasidan, zaxm, sil va aktinomikozdan farq qilish lozim.

Davosi. Furunkulga umumiy va mahalliy davo o'tkaziladi. Mahalliy davolashda to'qimalar o'chog'i atrofi 70 % spirt yoki

gibitan, geksaxloran bilan yaxshilab artib tozalanadi. Yallig'lanish o'chog'i bor sohalardagi sochlar yaxshilab qirib tashlanadi. Dastlabki bosqichda teri qatlami yodopiron bilan ishlov beriladi, kvars, sollyuks, yuqori chastotali nur, infraqizil nur bilan nurlantirish mumkin. Keyingi davrda esa antiseptik malham dorilar (levosin, dioksidin, yodopiron mazlari) va gipertonik eritmali bog'lamalar qo'llaniladi. Agar jarayon yaqin-atrofdagi to'qimalarni ham qamrab olsa, u holda yiring o'chog'i kesiladi. Shuningdek, o'rab olgan yumshoq to'qimalarni novokain va ta'sir doirasi keng antibiotiklar bilan infiltrativ blokada qilish ham qo'llaniladi. Issiq kompresslar to'g'ri kelmaydi, ular teriniig matseratsiyasiga va infeksiyaning tarqalishiga imkon tug'diradi. Agar jarayon yuqori xarorat va zaxarlanish bilan davom etsa, yotib davolanish, jaroxatlangan qo'l-oyoqlarni immobilizatsiya qilish zarur. Antibiotiklar, sulfanilamidlar va boshqa antiseptik dori-darmon tayinlanadi.

FURUNKULYOZ (FURUNCULOSIS)

Furunkulyoz (furunculosis) sistemali kasallanish bo'lib, u immunologik reaksiyaning buzilishi bilan bog'liqdir, bunday holda badanga bir talay furunkul chiqadi. Furunkulyoz ko'proq zaiflashib qolgan bemorlarda, ko'pincha kasallik tufayli moddalar almashinuvi buzilganda uchraydi.

Bunday holatlarda autogemoterapiya (mushaklar orasiga bemorning 5-10 ml qoni yuboriladi) tavsiya etiladi, davolash kursi uchun uch-besh marta in'eksiya qo'llaniladi. Achitqi konsentratyari, B gramma vitaminlari, shuningdek aktovegin, solkoseril ishlatiladi. Stafilokokk anatoksini yoki stafilokokk vaktsinasini yuborish, kam dozalarda rentgen nuri bilan nurlantirish va qon preparatlari (antistafilokokk plazma, gemostimulin) qo'llash naf beradi. Stafilokokk vaktsinani teri ostiga 0,1-1,0 ml dan xar ikkinchi yoki uchinchi kuni yuboriladi, davolash kursi uchun 10 in'eksiya belgilanadi. Stafilokokk anatoksini ko'raklar o'rtasidagi teri ostiga dozasini 0,2 dan asta-sekin 2,0 ml gacha ko'paytirilib, 3-5 kundan so'ng yuboriladi, davolash kursi uchun 10 in'eksiya belgilanadi (rasm 9).



Rasm 9. Chap bilak furunkulyozi.

KARBUNKUL (CARBUNCULUS)

Karbunkul (carbunculus) - yonma-yon joylashgan bir necha soch xaltachalari va yog' bezlari o'tkir yiringli nekrotik yallig'lanib, umumiy infiltrat, qon tomirlarning trombozi sababli teri hamda teri osti kletchatkasida nekroz paydo bo'lishiga aytiladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallikning qo'zg'atuvchisi ko'proq tilla rang stafilokokkdir, ko'pincha stafilo- va streptokokk infeksiyasi bir-biriga aralashib ketadi. Kasallikning kelib chiqishiga quyidagilar sabab bo'ladi: organizmiing umumiy zaiflanishi, gipovitaminozlar, moddalar almashinuvi kasalliklari (qandli diabet kasalligi, semirib yoki ozib ketish). Odatda karbunkul bilan katta yoshdagi kishilar kasallanadi. Karbunkul ko'proq bo'yinning orqa yuzasida, ensada, orqada, belda, ustki yoki pastki labda paydo bo'ladi.

Patologoanatomik manzarasi. Teri va teri osti kletchatkasida bir nechta soch xaltachalarini hamda yog' bezlarini o'rab olgan infiltrat paydo bo'ladi. Qon aylanishining buzilishi yuz beradi, to'qima keng qo'llamda nekrozga uchraydi va furunkuldan farq qilib, barcha teri osti to'qimalarini qamrab oladi. Nekroz zonasida yiring paydo bo'lib, bir nechta soch xaltachalari teshigi orqali tashqariga ajralib chiqadi. Keyin nekrozga uchragan to'qimalar bir-biri bilan birikib, katta vulqon og'ziga o'xshash yoriq (krater) hosil qiladi, bu yoriq asta-sekin granulyasion to'qima bilan to'lib boradi.

Klinik manzarasi. Karbunkul xaroratning sezilarli darajada ko'tarilishi va qattiq og'riq bilan boshlanadi. Qizarib shishib chiqqan soha tez kattalashib boradi (boshlanishida bir nechta infiltratlar bo'lishi mumkin, lekin ular tezda bir-biriga qo'shilib ketadi). Teri ko'kimtir-qizil rangga kiradi, yallig'langan soha atrofida shish rivojlanib, teridan bo'rtib chiqadi. Infiltrat ustidagi teri, ko'proq jadallik bilan qizargan markazidagi teri (bu erdagi rang asta-sekin oqarib boradi, teri yupqalashib yoriladi) tushib ketadi. Bir nechta tuynukchalar paydo bo'lib, ulardan yiring ajralib chiqib boshlaydi. Ayrim tuynukchalar bir-biriga qo'shilib ketadi, yallig'lanish jarayoni chuqurlashib, muayyan mushak ustidagi pardagacha etib boradi. Jarayon ko'plab yiring oqishi va nekrotik to'qimalarning tushib ketishi bilan kechadi (rasm 10).



Rasm 10. *Qandli diabeti bor bemorda ko'rak sohasi karbunkuli.*

Karbunkulga intoksikatsiyaning umumiy belgilari xosdir: xarorat ba'zan 40°C darajaga ko'tariladi va u et uvishishi, behuzur bo'lish, qayt qilish, boshning qattiq og'rishi, uyqusizlik va bexushlanish bilan kechadi. Karbunkul odamning yuzida, ayniqsa, yuqori labda bo'lsa xatarlidir. Yiring chiqib, nekrotik to'qimalar tushib ketgach, bemorning umumiy ahvoli sezilarli ravishda yaxshilanadi.

O'ta xavfli asoratlardan tromboflebit va limfangitni, tromboz, sepsis va yiringli meningitni ko'rsatib o'tish lozim.

Differensial diagnozi. Karbunkulni furunkuldan, kuydirgidan, yarali xavfli o'smalardan farqlash lozim (rasm 11).



Rasm 11 *Kuyidirgi.*

Davosi. Bemor jarroxlik bo'limiga albatta yotqizilishi kerak. Dastlabki bosqichda novokain-ampitsillin eritmali infiltrativ blokadalarni yoki penitsillin bilan elektroforezni qo'llash mumkin. Shuningdek, qisqa to'lqinli terapiya xam naf berishi mumkin. Yotib davolanish, immobilizatsiya, og'riqsizlantirish va antibiotiklarni sulfanilamidlar bilan birga qo'shib, mushaklarga yoki venaga yuborish tavsiya etiladi. Karbunkul odamning yuzida bo'lgan hollarda qattiq va quruq ovqatdan cheklanadi, gaplashish man etiladi.

Furunkuldan farq qilib, karbunkulda ko'pincha jarroxlik yo'li bilan davolash qo'l keladi, ayniqsa bu davo 2-3 kun davomida dori-darmonlar bilan davolash etarlicha naf bermaganda va bemorning ahvoli og'irligicha qolgan hollarda o'rinli bo'ladi. Umumiy og'riqsizlantirish bilan karbunkuldan to mushak ustidagi pardasigacha gir aylantirib yoki xochsimon qilib yara kesiladi. Nekrotik teri va yumshoq, to'qimalarning hammasi to sog'lom sohagacha kesib olinadi. Gipertonik eritma, furatsillin bilan yuvib, yiringdan tozalangach Vishnevskiy, levomikol mazlari bilan bog'lamalar qo'yiladi. Proteolitik fermentlardan foydalaniladi. Nekrotik to'qimalar, shuningdek 25% salitsil kislota kristallari ta'siri ostida ham yaxshigina tushib ketadi. Qandli diabet bilan og'rikan bemorlarga nisbatan bu davrda jadal insulin bilan davolash qo'llaniladi. Kasallik engil tarzda kechsa, yara bir oy mobaynida bitib ketadi (rasm 12).



Rasm 12. *Karbunkulni ochish (a), nekrektomiya (b).*

GIDRADENIT (HIDRADENITIS)

Gidradenit (hidradenitis) - apokrin ter bezlarining yiringli yallig'lanishiga aytiladi (rasm 13).



Rasm 13. *Chap qo'litiq osti gidradeniti.*

Etiologiyasi va patogenezi. Ushbu kasallikning qo'zg'atuvchisi odatda tilla rang stafilokokk bo'ladi. Infeksiya ter beziga uning tashqariga chiqadigan naychalari orqali yoki limfa yo'llaridan tushadi. Uning paydo bo'lishiga sababchi omillar: teri kasalliklari (ekzema, toshma), haddan tashqari terlash, terining ifloslanishi.

Patalogoanatomik manzarasi. Ter bezlarida yallig'lanish infiltrati paydo bo'lgach, ter bezi nekrozi yuz berishi bilan yiringli yallig'lanishga duchor etadi.

Klinik manzarasi. Gidradenit ko'proq qo'ltiq sohasida, jinsiy va perianal sohalarda esa kamroq kuzatiladi, ayollarda u shuningdek sut bezlari sohasida ham paydo bo'lishi mumkin. Kasallik teri osti kletchatkasida bezillab turadigan tuguncha paydo bo'lishi bilan boshlanadi, uning ustidagi teri asta-sekin ko'kimtir-qizg'ish ranga kiradi. Agar kasallik jarayoni davomida bir-necha ter bezlari zararlangan, tugunchalar bir biri bilan qo'shilib ketib, butun qo'ltiq osti chuqurchasini egallab oladi. Infiltrat kattalashib, flyuktuatsiya paydo bo'ladi, yiringli oqma yara paydo bo'lib, qaymoqsimon yiring ajralib chiqib boshlaydi. Kasallik uzoq cho'zilib, tez-tez qo'zib turadi (rasm 14).



Rasm 14. Chap qo'ltiq osti gidradeniti.

Differensial diagnozi. Gidradenitni furunkuldan, spetsifik bo'lmagan limfadenitdan, qo'ltiq osti limfatik tugunchalar silidan, limfogranulomatoz va limfosarkomadan farqlay bilish lozim.

Davosi. Dastlabki bosqichda ultrabinafsha terapiya, UVCh ni qo'llash, novokain-ampitsillinli infiltratsion blokadalar naf beradi. Ho'l kompresslar to'g'ri kelmaydi, chunki u terining bichilishiga olib keladi, yallig'lanish qo'shni ter bezlariga tarqaladi. Davolashda kam dozalardagi rentgenoterapiyadan foydalanish mumkin, antibiotiklar sulfanilamidlar bilan birga qo'shib, autogemoterapiya qo'llaniladi. Absess paydo bo'lgan hollarda kesib, ochiladi (insiziya) va yiringli jaroxatlar terapiyasining umumiy qabul qilingan prinsiplari asosida davolash davom ettiriladi. Sintomitsin emulsiyasidan bog'lovda foydalanish, stafilokokkli anatoksin bilan immunizatsiya o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

MASTIT (MASTITIS)

Mastit (mastitis) – sut bezining parenximasi va interstitsial to`qimasining o`tkir yiringli yallig`lanishiga aytiladi.

Sut bezlarining yallig`lanishi avvalo emizuvchi ayollarda (90 % hollarda), ayniqsa, birinchi marta tuqqan ayollarda kuzatiladi. Shuningdek, mastit chaqaloqlarda (m. neonatorum) va jinsiy jihatdan balog`atga etish davrida - o`smirlarda ham kuzatiladi (m. adoiescentium) (rasm 15).



Rasm 15. O`ng tomonlama laktatsion mastit.

Mastit ko`pincha bitta sut bezida, kam hollarda ikkala tomonda uchraydi.

Mastit klassifikatsiyasi.

- I. Shishli shakli.
- II. Infiltrativ shakli.
- III. Yiringli-destruktiv shakli.
 - 1) absesslashgan mastit;
 - 2) flegmonoz mastit;
 - 3) gangrenoz mastit.

Etiologiyasi va patogenezi. Odatda mastit stafilokokk infeksiyasi va enterobakteriyalar tufayli kelib chiqadi. Kasallik qo`zg`atuvchi ko`pincha sut beziga limfogen yo`llar bilan o`tadi. Ko`krak uchi va ko`krak uchi atrofidagi pigmentlashgan zonaning (areola) yorilishi, sut bezining shikastlanishi kirish darvozasi vazifasini o`tashi mumkin. Infeksiya sut beziga sut

yo'llari va gematogen yo'llar bilan tushishi mumkin. Ko'krak bezlarida sutning to'xtab qolishi, sanitariya talablariga javob bermaydigan turmush sharoitlari, bolani emizish davrida ko'krakni etarlicha parvarish qilinmaganligi - kasallikning paydo bo'lishi uchun imkon tug'diruvchi omillar hisoblanadi.

Patologik-anatomik manzarasi. Virulent infeksiya ta'siri ostida sut bezining yiringli shikastlanishi va to'qimalarning emirilishi bilan kechadigan yallig'lanish jarayoni avj oladi. U yon-atrofdagi to'qimalarga o'tganda ko'krak qafasi devori flegmonasi paydo bo'lishi mumkin. To'qimalarda shish, infiltratsiya va yiringlash kuzatiladi (rasm 16).



Rasm 16. Mastitning joylashishi.

1. Teri osti. 2. Intramamar. 3. Retromamar. 4. Galaktoforit.

Mastit absesslar vujudga kelishi bilan ham paydo bo'ladi (m. superficial). Odatda yuza mastit uchraydi. O'nga shunday xususiyat hos: yiring bevosita teri ostida bo'lib, u erdan tashqariga yorib chiqadi va shu zahotiyoq jarayon to'xtaydi. Subareolyar absess (m. Subareolaris) yuza mastit turlaridan biridir. Mastitning anchagina og'ir turi - sut bezlari bo'lakchasining yiringli yallig'lanishidir (m. intraglandularis): yiring yig'ayotgan o'choq etarlicha chuqurlikda joylashgan bo'lib, bezlar parenximasini hamda yondosh biriktiruvchi

qatlamlarni qamrab oladi. Bezlar orasidagi yumshoq to`qimalarda va ko`krak qafasi fassiyasida joylashgan retromammar absess (t. retroglandularis) ayniqsa og`ir tur hisoblanadi.

Klinik manzarasi. Jadallik bilan boshlanish mastitga xosdir. Yallig`lanish et uvishishi, shishniig tez kattalashishi va sut bezida qattiq shish (bu shish hajm jihatidan kattalashib, paypaslab ko`rilganda og`riq beradi) paydo bo`lishi bilan kechadi. Mastitning boshlang`ich bosqichidayoq sut oqishini ta`minlash va sut yo`llarida sut ivishining oldini olish zarur. Sutni muntazam sog`ib tashlash zardobli mastit bosqichida kuzatiladigan yallig`lanishni bartaraf etish uchun ko`pincha imkon beradi. Biroq jarayonning keyingi avj olishi infiltratsiya bosqichiga o`tadi.

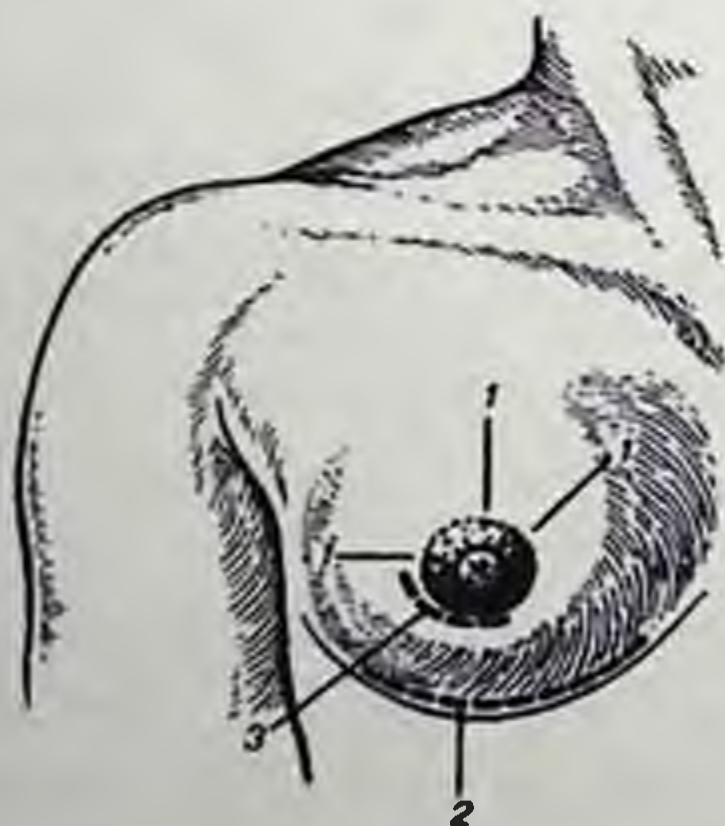
Sut bezi kattalashganda usti qizargan teri ostidagi qattiqlik aniqlanadi. Tungi og`riqlar, uyqusizlik, umumiy quvvatsizlik paydo bo`ladi. Harorat 40°C ga etadi. Leykotsitoz ko`payadi, EChT ko`tariladi. Mushak osti limfa tugunlari kattalashganini aniqlash mumkin.

Keyin infiltratning yiringlashi (yiringlash davri) yuz beradi va mastitning flegmonoz-gangrenoz turi avj oladi. Bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, et uvishib turaveradi, septik xodisalar ko`payadi. Yallig`lanish o`chog`i ustidagi teri qizaradi, elin uchining ichiga botib ketganligi ko`riladi. Venoz to`r sathi sezilarli ravishda kengaygani va limfangit belgilari kuzatiladi. Infiltrat sohasi paypaslab ko`rilganda flyuktuatsiya aniqlanadi. Leykotsitoz $15-20 \cdot 10^9$ l. ga etadi, anemiya rivojlanadi, siydikda oqsil, leykotsitlar va donali silindrlar paydo bo`ladi.

Ayrim hollarda o`tkir yallig`lanish jarayoni surunkali infiltrativ formasiga o`tishi mumkin, bu forma kuchsiz isitma, o`rtacha og`riq va infiltratning sezilarli ravishdagi qattiq shishi bilan kechadi. Mastitning bunday formasi surunkali, uzoq davom etadigan hususiyatga ega bo`lib, o`ni davolash ancha qiyin kechadi (bezning xavfli metaplaziyasidan tafovut qilish kerak).

Differensial diagnozi. Mastitlarni sut ivib qolishidan (laktostazdan), ginekomastiyadan, ko'krak bezi xavfli o'smasidan, shuningdek, ko'krak qafasi devori flegmonasidan farqlash lozim.

Davosi. Tinch-xotirjamlik tartibiga amal qilish buyuriladi, bolani ko'krak - ona suti bilan boqish to'xtatiladi, biroq sut muntazam sog'ib tashlanadi. fizioterapevtik davolash tadbirlari qo'llaniladi. Sut bezi muayyan holatda ko'tarilgan bo'ladi. O'z vaqtida boshlangan dori-darmonlar bilan davolash (odatda dastlabki 36 soatda) ko'pincha naf berib, tez sog'ayishga olib keladi. Bu davrda antibiotik terapiyani sulfanilamidlar bilan kombinatsiya qilib keng qo'llaniladi. Sut bezining infiltratsiyasiga novokainli antibiotiklar: ampitsillin bilan birga 0,25-0,5 % novokain 200,0 miqdorida retromammar yuborilsa (500 000 TB) naf beradi. Bez yiring olganda darhol jarroxlik yo'li bilan davolash tavsiya etiladi (rasm 17). Operatsiya odatda umumiy narkoz orqali amalga oshiriladi. To'qimalarni kengaytirib kesish uchun radial kesmalar o'tkaziladi, bu kesmalar elin uchi atrofidagi pigmentli sohaga tegmasligi kerak, aks holda sut chiquvchi yo'lchalar shikastlanadi.



Rasm 17. Mastitda bajariladigan kesmalar.

1.Radial. 2.Bardengeyr usulida. 3.Paraareolyar.



Rasm 18. *Retromamar mastitda yuvuvchi-aspiratsion drenajlash.*

Absess bo'shlig'i barmoq bilan tekshirib ko'riladi, bo'shliq, keng qo'llamda drenaj qilinadi. Bo'shliqlar ko'p bo'lganda to'qimalarning ayrim g'ovchalari yorilib, yagona bo'shliq yuzaga keltiriladi va ko'proq ishonchli drenaj qilishga imkon beruvchi kontraperturalar - qo'shimcha kesmalar amalga oshiriladi. Absess punksiyasidan maqsad, yiringni chiqarib yuborish va bo'shliqqa antibiotiklarni yuborishdir.

Retromamar absesslar Bardenxayer usuli bilan yoy shaklida kesiladi. Kesish bez osti teri burmasi bo'yicha va bez oldingi ko'krak devoriga o'tadigan joyda amalga oshiriladi. Shunday qilinsa, absess bo'shlig'i to'la drenajlanadi va yaxshi kosmetik effekt ta'minlanadi (rasm 18).

Antibiotiklar, giperbarik oksigenatsiya, dezintosikatsion terapiya, plazma, qon, oqsil preparatlari, immunomodulyatorlar buyuriladi. Og'ir hollarda ekstrakorporal detoksikatsiyasi ham qilinishi mumkin.

Mastitlar profilaktikasi kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarni bartaraf etishga qaratiladi va bu ish oliy ma'lumotli hamshira zimmasiga yuklatiladi. Bular quyidagilar:

- so'rg'ichni xomiladorlik paytlaridan boshlab emizishga tayyorlab borish;

- sut bez gigienasini (bezni emizishdan oldin sovun bilan yuvish, sut bezdagi yoriqlarni antiseptiklar bilan artish) o'tkazish.

SARAMAS (ERYSIPELAS)

Saramas (erysipelas) - terining, kamroq shilliq pardaning kuchayib boruvchi o'tkir yallig'lanishidir.

Etiologiyasi va patogenezini. Saramas yallig'lanishining qo'zg'atuvchisi - streptokokkdir. Terining ifloslanishi va kichik jaroxatlar kasallikning avj olishi uchun qulay omillar hisoblanadi. Organizmning streptokokk infeksiyaga (allergiyaga) ta'sirchanligining oshishi ham muhim rol o'ynaydi. Antiseptika davrga qadar jaroxatlanganlar va tug'uvchi ayollarda ommaviy saramas epidemiyasi kuzatilgan. Agar organizm streptokokk infeksiyasiga ta'sirchanligi yuqoriligi bilan ajralib tursa, saramas qaytalanadi, buning ustiga ushbu jarayon ko'pincha bir erda - o'sha avval chiqqan joyida paydo bo'ladi. Infeksiya teriga to'g'ridan-to'g'ri yoki limfogen yo'llar bilan o'tadi. Mikroblar uchun ochiq darvoza, odatda, jaroxatlar, shilingan joylar, yaralar, terining yorilishi, shilliq pardaning shikastlanishi hisoblanadi.

Patologoanatomik manzarasi. Terida shish avj oladi, chegaralari aniq ko'rinib turgan qip-qizargan joylar (eritema) paydo bo'ladi. Gistologik manzarasi seroz-gemorragik yallig'lanishga mos keladi. Jarayonning keyingi rivojlanishiga shishning kattalashishi va epidermisni qatlamlantiruvchi ekssudat paydo bo'ladi, natijada suyuqlikka to'la pufakchalar paydo bo'ladi. Agar infeksiya teri osti kletchatkasiga o'tsa, u holda flegmona va to'qima gangrenasi rivojlanadi. Saramas limfa tomirlari bo'ylab tarqaladi (rasm 19,20,21).



Rasm 19. Chap boldirning tugunli eritemasi.



Rasm 20. *Saramasning eritematoz ko'rinishi.*



Rasm 21. *Saramasning eritematoz ko'rinishi.*

Klinik manzarasi. Kasallik to'satdan boshlanib, yuqori xarorat va et uvishishi, bosh og'rig'i, ba'zan qayt qilish bilan kechadi. Kasallikning kechishi toksikoz bilan ifodalangan o'tkir infeksiyali jarayonni eslatadi. Terida xajman tez kattalashuvchi yallig'lanish («alanga tilchalari» ko'rinishida) paydo bo'ladi. Sog'lom va yallig'langan to'qimalar o'rtasidagi chegara aniq bilinib turadi. Qizarib shishgan joylar sog'lom teri ustidan ko'tarilib turadi. Kasallik o'rta xisobda 5-10 kun davom etadi.

Saramas yallig'lanishi ba'zan bosh va bo'yin sohasida paydo bo'ladi. Bunday hollarda yallig'lanish tez tarqalib, terining anchagina katta qismini qamrab olishi mumkin.

Saramas tromboflebit, shuningdek nefrit va septik holat bilan yanada og'irlashishi mumkin (rasm 22). Kasallikning taqror qo'zib turishi fil oyoq kasalligi (elephantiasis) boshlanishiga olib kelishi mumkin.



Rasm 22. Saramasning eritematoz-bullyoz shakli.

Saramasning klinik turlari hilma-hildir. Avvallo, jarayon soʻnib boʻlishi bilan yoʻqolib ketadigan - terida qizargan joy bilan shish paydo boʻladi. Bu eritematoz saramas deb ataladi (Erysipelas erythematosus).

Jarayon terida sargʻish, hirra yoki gemorragik ekssudat bilan toʻla pufakchalar paydo boʻlishi bilan kechishi mumkin. Bu saramasning pufakli yoki bullyoz turlariga hosdir (Er. bullesum).

Yalligʻlanish jarayoniga yiringli infeksiya qoʻshilib, teri nekrozi paydo boʻlsa, flegmonoz yoki gangrenoz saramas (Er. gangrenosum) deyiladi. Saramas yalligʻlanishi yoʻqolib, keyin boshqa joyda qaytadan paydo boʻlishiga koʻchma saramas yalligʻlanishi (Er. migrans) deyiladi.

Differensial diagnozi. Saramasni teri osti yogʻ kletchatkasi flegmonasidan, sirt tromboflebiti va kuchayib boruvchi limfangitdan, shuningdek, oʻtkir dermatitdan farq qilish kerak.

Davosi. Sulfanilamidlarni (streptotsid) sepma dori holida qoʻllash, shikastlangan joyga koʻk dori surkash, mahalliy davolashga kiradi. Saramas tarqalmasligi uchun sogʻlom toʻqima chegarasi yod, yodopiron preparatlari bilan surtib, chegaralanadi. Shuningdek, kvarts nuri bilan davolash foydalaniladi. Vanna qabul qilish va hoʻl kompresslarni qoʻllash mumkin emas. Umumiy davo oʻz ichiga bir kecha-kunduzda 3-5 g dozalardagi sulfanilamid preparatlarni (streptotsid, etazol, sulfadimetoksin va b.), antibiotiklar va ogʻriq qoldiruvchi moddalarni qoʻllash bilan davolanadi.

Passiv immunizatsiya - streptokokka qarshi 10-20 ml li vaksina, vitaminoterapiya, rentgen va lazer nuri bilan nurlantirish, desensibilizatsion preperatlar (dimedrol, kalsiy xlor) qoʻllaniladi.

Shuningdek to'yimli ovqatlarni eyish va ko'p miqdorda suyuqlik ichishni buyurish ham muhimdir.

So'nggi yillarda qo'l-oyoqdagi jarayonning avj olishiga yo'l qo'ymaslik uchun limfotrop antibiotiklarni endolimfatik yuborishni qo'llash tufayli saramas yallig'lanishining og'ir turlarini davolashda muayyan muvaffaqiyatlarga erishildi.

To'qima flegmonasi yoki gangrenasi paydo bo'lgan hollarda yiring o'chog'ini ochish va jaroxatni drenajlash, shuningdek, uni streptotsid mazi yoki sintomitsin emulsiyasi shimdirilgan bog'lov bilan bog'lash kerak.

Profilaktikasi: aseptika qoidalariga rioya qilish, bemorlarni alohida xonaga yotqizish, epidemiyaga qarshi choralarni o'tkazish, mikrotravmalarni davolash.

ERIZIPELOID (ERYSIPELOIDES)

Erizipeloid (erysipeloides) –terini barcha qavatlarining yuqumli kasallilariga aytiladi (cho'chqalar saramasi yoki sirpanuvchi eritema).

Etiologiyasi va patogenezi. Erizipeloid (erysipeloides) yoki cho'chqalar saramasi, sudralma eritema- bu yuqumli kasallik bo'lib, uning qo'zg'atuvchisi cho'chqalar saramasi tayoqchasidir. Kasallik aloqa (kontakt) natijasida yuqadi. Kasallikning yashirin davri 3-7 ko'nga cho'ziladi. Ushbu kasallik bilan, asosan, uy bekalari, shuningdek, go'sht va baliq sanoati bilan bog'liq ishchilar kasallanadilar (rasm 23).



Rasm 23. O'ng qo'l birinchi barmoq erizipeloidi.

Patologoanatomik manzarasi. Barcha teri qatlamlari zardobli yallig'lanadi va u kattalashib boruvchi shish, limfostaz va limfangit bilan birga kechadi.

Klinik manzarasi. Kasallik boshlangan birinchi kundayoq barmoqlarning orqa tomoni ustida qichishish va xarorati norma atrofida bo'ladi. 10-12 kundan so'ng o'tkir yallig'lanish jarayoni belgilari yo'qoladi, biroq yallig'lanish boshqa panja va barmoqlarga o'tishi mumkin. Kasallik qo'zib turishi mumkin.

Differensial diagnozi. Cho'chqalar saramasini hasmol, barmoqning bir bo'g'imaro artriti, saramas va dermatitdan farqlash kerak.

Davosi. Barmoq immobilizatsiya qilinadi, penitsillin-novokain blokadalari, ultrabinafsha kvars nurlar bilan nurlantirish, rentgenoterapiya, spetsifik zardoblar qo'llaniladi.

Go'sht va baliq ishlab chiqarishida sanitar-gigienik sharoitni yaxshilash, mikrotramalarning va yiringlash holatlarini oldini olish bilan kasallik profilaktikasi amalga oshiriladi.

PARAPROKTIT (PARAPROCTITIS)

Paraproktit (paraproctitis) deb to'g'ri ichak atrofidagi to'qimalarning o'tkir yiringli yallig'lanishiga aytiladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Paraproktit odatda aralash infeksiya (ko'pincha ichak tayoqchasi, enterokokk yoki anaerob mikroflora) tufayli paydo bo'ladi. Infeksiya to'g'ri ichak atrofidagi kletchatkga orqa chiqaruv kanali shilliq qavati shikasti orqali yallig'langan bavirus tugunchalaridan yoki chot terisi shikastlanishi bilan bog'liq holda o'tadi; paraproktitning paydo bo'lishida shilliq qavat Morgan kriptalarining shikastlanishi ayniqsa muhim ahamiyatga ega. Surunkali qabziyat, to'g'ri ichakning yallig'lanishi ham kasallikni keltirib chiqaradi (rasm 24).

Tasnifi. Teri osti, shilliq qavat osti, quymich-to'g'ri ichak, chanoq-to'g'ri ichak va to'g'ri ichak orqasi paraproktitlari tafovut qilinadi.

Patologik-anatomik manzarasi. Paraproktit yuz berganda to'qimalar shishining yiringli infiltratsiyasi kuzatiladi. Yiring

O'TKIR XIRURGIK INFEKSIYA

to'g'ri ichak va orqa chiqaruv teshigi atrofidagi biriktiruvchi yumshoq to'qimalarga tezlik bilan tarqaladi. Nekrozlashgan to'qimalar odatda yoqimsiz hid chiqaradi. Jarayon chanoq diafragmasi ustida tarqalib, kichik chanoqda to'g'ri ichak orqasi absesslari paydo bo'lishi bilan kechadi (rasm 25).



Rasm 24. O'tkir paraproktit (teri osti ko'rinishi).



Rasm 25. O'tkir paraproktit.

Klinik manzarasi. O'tkir yiringli paraproktit og'ir klinik manzara bilan kechadi. Bemor qattiq lo'qillab og'rishni, defekatsiyada qiynalishni boshidan kechiradi. Kasallik yuqori xarorat ($39-40^{\circ}\text{C}$), et uvishishi bilan kechadi. Teri osti peraproktiti holatlarida orqa chiqaruv teshigi sohasida qizarish, shish va infiltrat paydo bo'lib, dumba, ko'pincha chot sohasiga tarqaladi. To'qimalarning yiringli infiltratsiyasi tezda avj olib, chayqalish paydo bo'ladi. Agar jarayon quymich yaqinida kechayotgan bo'lsa, mahalliy simptomlar kamroq

ayon bo'ladi va kasallikning o'zi intoksikatsiya bilan kechadi. Agar absess to'g'ri ichak devori yaqinida rivojlansa, rektal tekshirib ko'rilganda shilimshiq moddalar borligi, shish va kuchli og'riq aniqlanadi. Absesslar o'z-o'zidan ichak ichiga yoki tashqariga yorilishi mumkin. Bunday holatlarda oqma xosil bo'lib, kasallik surunkali kechadi va operatsiya usulida davolanadi (rasm 26). Anaerob paraproktit og'ir flegmonoz yallig'lanish turi bo'yicha o'tadi.

Differensial diagnozi. Paraproktitni to'g'ri ichakning vena tomirlari yallig'lanishidan, orqa chiqaruv teshigining yorilishidan, o'tkir qulunjdand, shuningdek, to'g'ri ichak atrofidagi surunkali fistula (oqma yara) dan, to'g'ri ichak o'smalaridan farqlay bilish kerak.



Rasm 26. O'tkir paraproktitda yringli bo'shliqlarning joylashishi.

Bel (a) va sagital (b) kesmada. 1 - teri osti, 2 - ishiorektal, 3 - pelveorektal,

4 - shilliq osti, 5 - retrorektal.

Davosi. To'g'ri ichak atrofidagi kletchatka flegmonasida yoki absessida shoshilinch jarroxlik yo'li bilan davolash tavsiya etiladi. Odatda operatsiya vena ichi og'riqsizlantirishi yoki umumiy og'riqsizlantirish bilan amalga oshiriladi (rasm 27). Kesmalar to'g'ri ichakning tashqi sfinkteridan 1,5-2 sm uzoqlikda o'tkaziladi (o'ta extiyotkorlik talab qilinadi). Kesmalar radial, yoysimon, yoki burchak shaklida bo'lishi mumkin, ular pararektal bo'shliqni drenaj qilishni ta'minlashi

lozim. Yiringli bo'shliq bo'shatilishidan tashqari, paraproktitning ichki (birlamchi) teshigi ham yo'q qilinishi kasallikning surunkali dardga aylanishining oldini oladi (rasm 28). Yiringli bo'shliq vodorod peroksidi, 0,02 % li xlorgeksidin eritmasi bilan yuviladi. Anaerob paraproktitda nekrotik to'qimalarni kesib tashlash bilan keng lampas kesmalar o'tkaziladi; giperbarik oksigenatsiya ham tavsiya etiladi.



Rasm 27. Yiringli paraproktitni ochish.

a - paraproktitda yiringli bo'shliqni ochish: 1 - kerma chizig'i, 2 - yiringli bo'shliqni ochish b - bel-yonbosh muskuli sohasi yiringli bo'shliqni ochish: 1 - qo'llaniladigan kesma, 2 - yiringli bo'shliqni ochish.



Rasm 28. O'tkir paraproktitda bajariladigan kesmalar. 1 - perianal absess, 2 - to'g'ri ichuk orqasi, 3 - ishiorektal. (ishiorektal paraproktitda (1) va pelveorektal absessda (2))

Operatsiyadan keyingi davrda najasni to'xtatib turish uchun 4 kun engil parxez belgilanadi. Og'riqni qoldiruvchi preparatlar, antibiotiklar, nitrofuran preparatlar, proteolitik

fermentlar, kaliy permanganat eritmali vannalarni o'tirgan holda qabul qilish keng qo'llaniladi.

LIMFA TUGUNLARI VA TOMIRLARNING O'TKIR YIRINGLI KASALLIKLARI LIMFADENIT, LIMFANGIIT.

LIMFANGIIT (LYMPHAGIITIS)

Limfangiit (lurhagiitis) – bu limfa tomirlarining yallig'lanidir.

Kasallik qo'zg'atuvchi mikroblar asosai to'qimalar va to'qimalararo bo'shliqlarning limfa tomirlari bo'ylab tarqaladi. Shuning uchun xam xar qanday yallig'lanish jarayonida limfa tomirlarida (lymphangitis) va tugunlarida (lymphadenitis) turli darajada kechuvchi yallig'lanish bilan bog'liq o'zgarishlar kuzatiladi.

Etiologiyasi va patogenezi. Limfa tomirlarining yallig'lanishiga stafilokokklar, kamdan-kam hollarda boshqa mikroblar sabab bo'ladi. Mikroblar va ularning toksinlari limfa tomirlariga o'tishi natijasida chuqur va yuza limfa tomirlariga o'tkir yallig'lanishi avj oladi. Limfangit kamdan-kam hollarda birlamchi bo'ladi. Ko'pincha u, oqma yaralar yoki mahalliy yiringli jarayon paydo bo'lishi natijasida ikkilamchi xususiyatga ega bo'ladi.

Patologik-anatomik manzarasi. To'qimalar shishi, mayda limfa tomirlari atrofida tarqaluvchi infiltrat avj oladi. Birmuncha yirik limfa tomirlarida to'qimalar infiltratsiyasi avj oladi, bunda to'qimalar mikro absesslashga uchraydi va tromb paydo bo'ladi. Yon-atrofdagi to'qimalarda ikkilamchi paralimfangit manzarasi kuzatiladi, shuningdek, u shish belgilari va to'qimalarning yiringli imbibitsiyasi bilan ajralib turadi. Kasallik surunkali kechganda ko'pincha limfa oqishining buzilishi bilan davom etuvchi to'qima fibrozi rivojlanadi; limfa oqishining buzilishi jarayon kuchaygan sari beso'naqaylik kasalligini keltirib chiqarishi mumkin.

Klinik manzarasi. Kasallikning klinik manzarasi jarayonning oldini olishga, infeksiyaning virulentligiga, shuningdek, mahalliy to'qima reaksiyasiga bog'liq. Yuza mayda limfa tomirlari (lymphangitis simplex) yallig'langanda saramasga o'xshab terining qizarishi kuzatiladi. Teri qichishadi, sal-pal achishadi, kuchsiz isitma chiqadi.

Yallig'lanish jarayonining o'tishiga ko'ra, yirikroq limfa tomirlarida (lymphangitis truncularis) ingichka qizil yo'llar paydo

bo'lib, ular dastlabki o'choqdan regional limfa tugunlariga cho'zilib borgan bo'ladi. Og'riq kuchayadi, shish kattalashadi. Chuqur limfa tugunlari yallig'langanda klinik manzara yanada yaqqolroq aks etadi. Chuqur limfa tugunlari shikastlanganda lohaslik paydo bo'ladi, xarorat ko'tariladi, shish kattalashadi. Absesslar, to'qima flegmonalari, saramas, ko'chib yuruvchi tromboflebit va sepsis ro'y berganda ikkilamchi asorat paydo bo'lishi mumkin (rasm 29).

Differensial diagnozi. Limfangitni o'tkir yoki ko'chib yuruvchi limfadenitdan, to'qima flegmonasidan, saramasdan, anaerob infeksiyadan, qorasondan farqlash lozim.



Rasm 29. O'ng bilakning ifloslangan jaroxati, trunkulyar limfangiit asorati bilan.

Davosi. Yuqoriga ko'tarib qo'yilgan qo'l yoki oyoqni osoyishta tutish zarur. Kasal qo'l yoki oyoq qimirlamaydigan qilib qo'yiladi. Isituvchi kompresslar va boshqa fizioterapevtik tadbirlar qo'llaniladi. Antibiotiklar va sulfanilamidlar ham naf beradi. Yallig'lanishning dastlabki o'chog'ini (oqma yara, flegmona, absess) bartaraf etish muhim ahamiyatga ega. Yiring paydo bo'lgan hollarda o'choq ochilib, yaralar drenaj qilinishi zarur. Kasallikning surunkali bosqichida kam dozalarda rentgen nurlari bilan nurlantirish va balneologik davolash qo'llaniladi.

Limfangit profilaktikasida o'z vaqtida jaroxatlarga birlamchi xirurgik ishlov berish, oyoq yoki qo'l immobilizatsiyasi, yiringli o'choqlarni ochish va drenajlash, regional antibakterial terapiya muhim rol o'ynaydi.

LIMFADENIT (LYMPHADENITIS)

Limfadenit (lymphadenitis) – bu limfatik tugunlarning yallig'lanishi. Spetsifik infeksiyalar (tuberkulez, o'lat, aktinomikoz)

va yiringli yallig'lanishlar (yiringli yara, furunkul va karbunkul, hasmol, saramas, osteomielit, tromboflebit, trofik yazvalar va boshq.) limfadenit kelib chiqishiga saban baladi (rasm 30,31).



Rasm 30. *Bo'yin chap tomoni absesslashmagan limfadeniti.*



Rasm 31. *Bo'yin chap tomoni yiringli limfadeniti.*

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallikni qo'zg'atuvchilar yiringlatuvchi mikroblardir. Limfadenit, odatda, takroran rivojlanadi. Infeksiya ko'pincha dastlab yaqindagi limfa tugunlarigacha bo'lgan limfa tomirlariga o'tadi, undan so'ng esa yirikroq limfa tugunlariga tushadi. Infeksiyaning gematogen yo'l bilan tarqalishi juda kam

uchraydi, ba'zan infeksiyaning kontakt yo'l orqali ham tarqalishi kuzatiladi.

Patologik-anatomik manzarasi. Yallig'lanishning zardobli, yiringli va tiklanuvchi formalari (fazalari) tafovut qilinadi. Jarayon atrofdagi to'qimalarga tarqalganda periadenit rivojlanib boradi. Zardobli yallig'lanish fazasida shish va limfa tuguni giperemiyasi kuzatiladi. Keyinchalik fibrinoz ekssudat paydo bo'ladi va yiringli shish kattalashadi. Ba'zan limfa tugunlari kapsulasini va yaqin atrofdagi to'qimalarni o'rab olgan absesslar paydo bo'ladi. Yiringli joylar yorilgan hollarda uzoq vaqtgacha bitmaydigan oqma yaralar yuzaga keladi. O'tkir limfadenit surunkali fazaga o'tishi mumkin, bunda bez to'qimasi giperplaziyasi va fibroz induratsiyasi vujudga kelishi kuzatiladi.

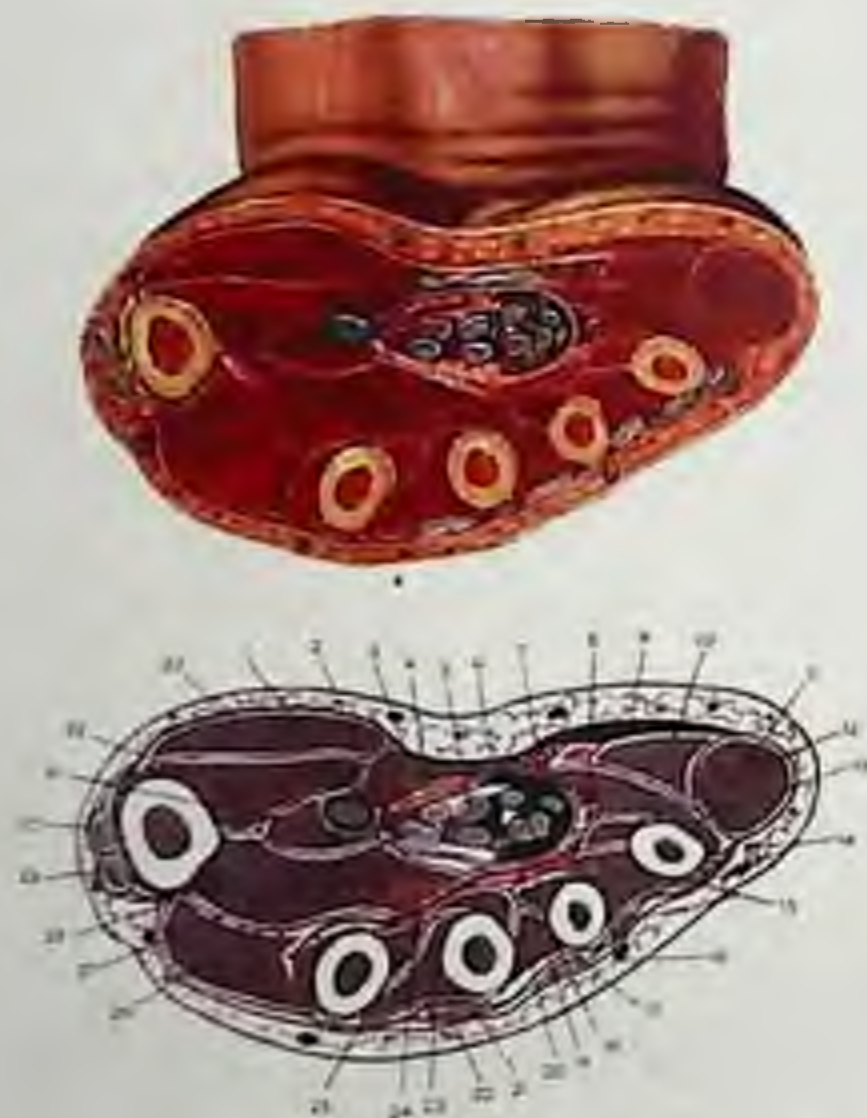
Klinik manzarasi. Limfa tugunining o'tkir yallig'lanishi mahalliy og'riq va shish bilan kechadi. Dastlabki bosqichda kattalashgan ayrim limfa tugunlarini paypaslab ko'rish mumkin, keyinchalik ular bir-biriga qo'shib, yagona konglomeratga aylanadi. Agar infeksiya ozroq virulentlikka ega bo'lsa, yallig'lanish pasayadi, ekssudat shimilib ketadi va limfa tugunlari asta-sekin normal shakl va kattalikni egallab boradi. Biroq jarayon yiringlash va parchalanish (lumphadenitis purulenta) oqibatida murakkablashishi mumkin, bu hol yuqori xarorat va et uvishishi, ahvolning yomonlashuvi bilan kechadi. Qonda leykotsitoz, leykotsitar formulada esa chapga siljish aniqlanadi.

Differensial diagnozi. O'tkir nospetsifik limfadenitni absess yoki flegmonadan, ter bezlari yallig'lanishidan, shuningdek, limfogranulematoz, sil, xavfli o'sma va ba'zi bir yuqumli kasalliklar (qizilcha, o'lat, difteriya-bug'ma) da kuzatiladigan limfa tugunlarining kattalashishidan farqlash lozim.

Davosi. Yallig'lanishning birlamchi o'chog'ini bartaraf qilishga xarakat qilinadi. Buning uchun bemorga tinch yotish, issiq muolajalar, spirtli kompresslar, antibiotiklar va sulfanilamidlar buyuriladi. Antibiotik-novokainli blokadalar naf beradi. Yiringlaganda ochilib, drenaj qilinadi.

KAFTNING O'TKIR YIRINGLI KASALLIKLARI.

Panjaning anatomik tuzilish xususiyatlari: teri, barmoqlar sohasida bo'lganidek, panjaning kaft yuzasida biriktiruvchi to'qima tortmalari yordamida chuqur joylashgan to'qimalar bilan birikkan. Teri osti yog' kletchatkasi yupqa, uning ostida pay va tomir-nerv tuzilmalari joylashgan o'rta kaft aponervotik osti bo'shlig'ini oldingi tomondan chegaralab turgan kaft aponevrozi joylashadi. Bu bo'shliq shartli ravishda ikki bo'limga – aponevroz va paylar o'rtasidagi – yuza va chuqur paylar va suyaklar o'rtasidagi bo'limga bo'linadi. Aponevroz varaqlari o'rta bo'shliqdan lateral holda yopiq bo'shliq xosil qilib, unda bosh barmoqni ko'taradigan mushaklar (tenar), medial esa kichik barmoqni ko'taradigan mushaklar (gipotenar) bo'ladi (rasm 32).

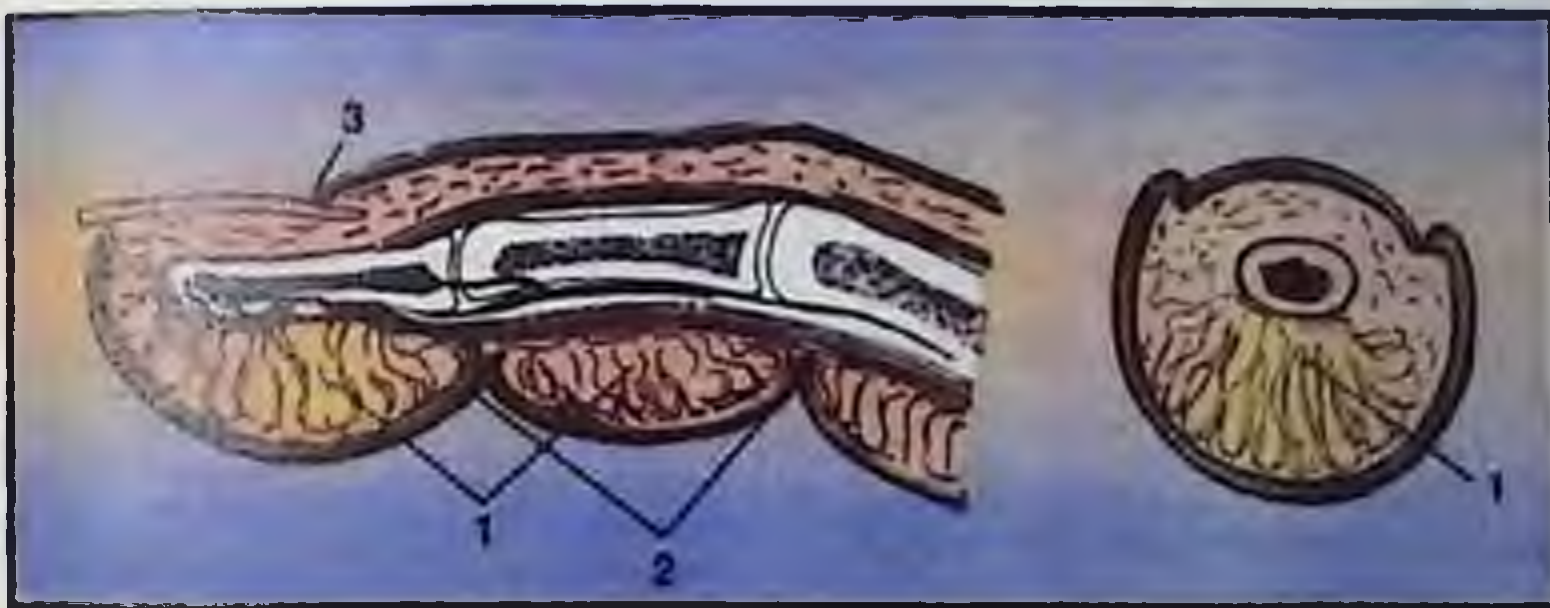


Rasm 32. Panjaning anatomo-fiziologik tuzilishi.

O'rta kaft bo'shlig'i bilak usti gumbazi kanali orqali, biroq Pirogov bo'shlig'i bilan proksimal distal tomondan esa barmoqlar asosi sohasidagi to'qima bilan kaft aponevrozidagi uchta teshik orqali qo'shiladi. Shunday qilib, panjadagi yiringli jarayonlarning turli formalari va ularning ehtimol tutilgan tarqalish yo'llari anatomik jixatdan bir-biriga bog'liq.

HASMOL (PANARITSIY).

Hasmol ya'ni **panaritsiy** deb, barmoq to'qimalarining yiringli yallig'lanishga aytiladi: teri, teri osti kletchatkasi, suyak, bo'g'im va pay qini hasmoli tafovut qilinadi. Ularni barmoqlarning anatomik tuzilmasi hususiyatlari hamda funksiyasining muximligiga ko'ra guruhlarga ajratiladi. Hasmol odatda qo'l kafti yuzasiga tuklar va yog' bezlari bo'lmagan joyga chiqadi. Xirurgik kasallik bilan ambulatoriyaga qatnab davolanadigan bemorlarning 20-25 % ni hasmol tashkil qiladi. Bu kasallik ko'pincha uzoq vaqtgacha kishi mehnat qobiliyatini yo'qotishga xatto uning nogiron bo'lib qolishiga sabab bo'ladi (rasm 33).



Rasm 33. Ko'ndalang va bo'ylama kesimida barmoqning anatomik strukturasi (sxema): 1 – Teridan to periost va paygacha bo'lgan fibroz tyaji, 2 – falangalarni alohida ajratuvchi teri burmasi, 3 – tirnoq oldi valigi.

Etiologiyasi va patogenezi. Kasallik qo'zg'atuvchi ko'proq stafilakokklar kamroq aralash infeksiyalardir. Ko'p hollarda kasallik mayda shikastlardan (nina uchi kirib ketishi, shilinish), yot jismlarning kirib qolishi (oynaning mayda zarralari, zirapchalar) dan, ba'zan esa manikyurdan so'ng boshlanadi.

Yallig'lanishning avj olishi ko'p jihatdan barmoqning anatomik tuzilmasi hususiyatlariga bog'liqdir. Kaft tomonda teridan pay qinlariga suyak falangalariga va panja o'zagi suyaklariga yo'nalishda fibroz tolalar perpendikulyar holda o'tadi; bu tolalar to'qimalarning ma'lum qattiqlashuvini va barmoqlarning kaft yuzasidagi terisi xarakatining cheklanishini xarakatga keltiradi. Yallig'lanish

kuchaygan sari shish kattalashib boradi. Yiring tashqariga yorib chiqqa olmaydi, shu tufayli u chuqurroqqa kira boshlaydi. Kaftda tegishli fassiyalar va paylar o'rtasida joylashgan chuqur va yuza fassiya bo'shliqlari yiringli jarayonning bundan keyin qanday tarqalishini belgilaydi. Shuningdek infeksiya pay va sinovial qinlari bo'ylab ham tarqaladi. Bu qinlar II, III va IV barmoqlarda bir-biridan xoli joylashadi, I va V barmolarda esa ular bilak suyagi va tirsak sinovial xaltalari orqali birikadi – ikkala xalta bilak kanali sohasidagi kaft chuqurligida ko'pincha bir-biriga tegib turadi, mana shuning uchun yallig'lanish bir bo'shliqdan ikkinchisiga o'tishi mumkin; shuningdek yiringli jarayonning bilakka o'tish xavfi ham bor.

Tasnifi. Tasniflash odatda anatomik prinsip asosida amalga oshiriladi. Hasmolning quyidagi turlari tafovut qilinadi:

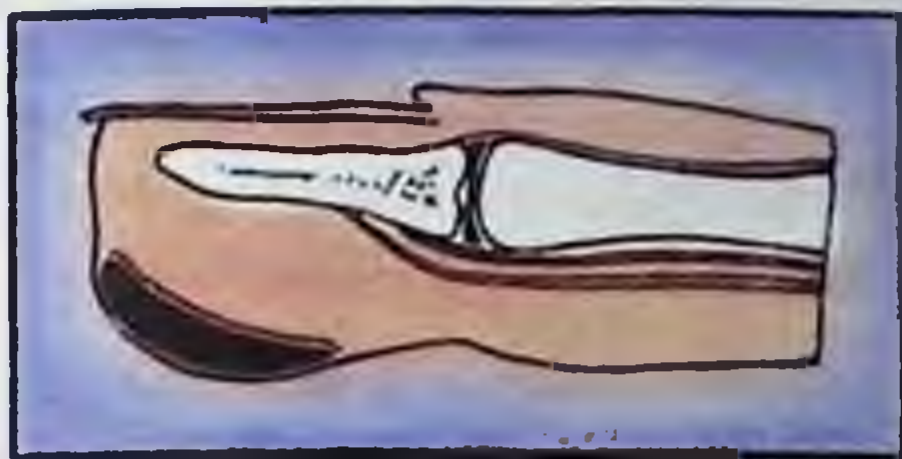
- 1). Teri hasmoli, yuzaki limfatik erizipeloid.
- 2). Teri osti hasmoli; distal falangada o'rta va asosiy falangada barmoqlar orqa sathida.
- 3). Pay qini hasmoli; tarqalgan, chegaralangan.
- 4). Suyak hasmoli; o'tkir, surunkali.
- 5). Bo'g'im hasmoli; bo'g'im – suyak bo'g'im.
- 6). Tirnoq hasmoli; tirnoq osti hasmoli, tirnoq yoni hasmoli – Paronixiya.
- 7). Padaktilit; quruq nekroz turi, xo'l nekroz turi, aralash turi.

TERI HASMOLI

Mayda jaroxatlar natijasida kelib chiqadi. Yallig'lanish jarayoni epidermis qavati ostida, kaft yuzasida va orqa tomonida kechadi.

Patologik – anatomik manzarasi. Dastlab terining epiderma qavati ostida yiringli sarg'ish pufakcha paydo bo'ladi. Yiringli ekssudat epidermisni asta-sekin qatlamlab ko'chira boshlaydi. Mahalliy giperemiya va limfangitning paydo bo'lganligi aniqlanadi.

Klinik manzarasi. Yallig'lanish bir falanga doirasida cheklanadi. Dastlab shish paydo bo'ladi, teri qizarib ketadi. Bir-ikki kundan so'ng esa yiringli pufakcha kattalashadi. Yallig'lanishga nisbatan umumiy reaksiyasi sezilmaydi (rasm 34,35).



Rasm 34. Teri hasmoli.

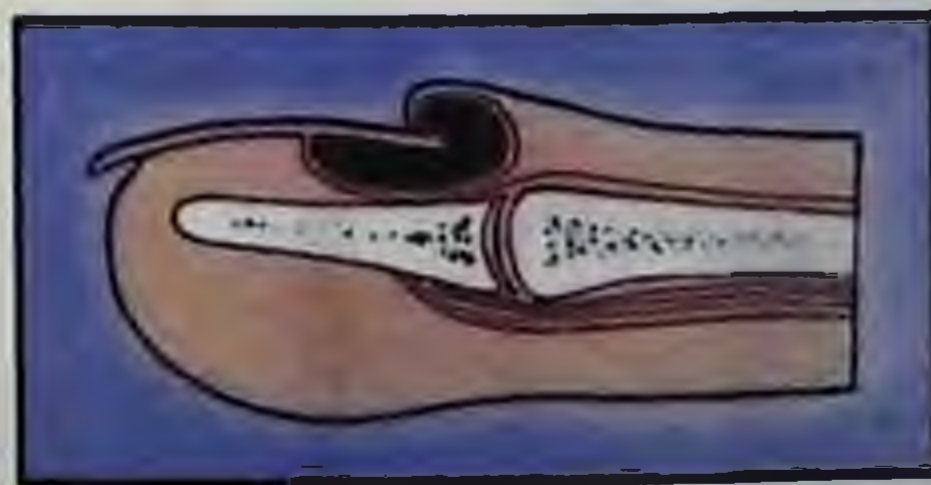


Rasm 35. "Zaponka" shaklidagi hasmol.

Davosi. Teri hasmoli jarroxlik yo'li bilan davolanadi. Ko'chib tusha boshlagan epidermis qatlamlari steril qaychi bilan kesib tashlanadi. Ko'pincha teri osti qatlamiga ochilgan teshik yarani kuzatish mumkin. Natriy xloridning gipertonik eritmasi va 5% li sintomitsin emulsiyasidan bog'lov qo'llaniladi. Barmoqni immobilizatsiya qilish kerak. Jarayoni, dastlabki bosqichida, barmoqni issiq suvga botirib turish yo'li bilan (bir kecha-kunduzda 4-6 marta) to'xtatish mumkin.

TERI OSTI HASMOLI.

Bunda yallig'lanish jarayoni teri osti qatlamida rivojlanadi, ko'proq u falanganing kaft tomonida joylashgan bo'ladi. Teri osti hasmoli nisbatan ko'proq uchrab va panjaning barcha yiringli kasalliklarining 45-50% ni tashkil etadi (rasm 36).



Rasm 36. Tirnoq osti hasmoli.

Patologik – anatomik manzarasi. Shish barmoqning orqa yuzasida to'qimalar zichligi kam bo'lgan joyda rivojlanadi. Kletchatkaning nekrozlanishi va yiringli emirilishi tezlik bilan boshlanadi.

Klinik manzarasi. Qon aylanishining darhol buzilishi natijasida qattiq og'riq kuzatiladi. Og'riq tufayli uyqusizlik kelib chiqadi, ishtaha bug'iladi. Barmoq shishadi. Yallig'lanish markazida og'riq birdaniga zurayadi. Jarayon chuqurroqqa tarqalganligi sababli flyuktuatsiya bo'lmaydi, shishda teri taranglashgani kuzatiladi. Intoksikatsiya belgilari: bemorning o'zini yomon his qilishi xaroratning ko'tarilishi ($37,5-38^{\circ}\text{S}$), ko'proq et uvishishi ko'zga tashlanadi.

Davosi. Dastlabki bosqichda issiq vannachalar, spirtli kompresslar qo'llaniladi. Jgut bilan bog'langan venaga antibiotiklar yuboriladi. Teri osti hasmolini davolashning asosiy usuli - tezroq jarroxlik yo'li bilan davolashdir. Uni yallig'lanish jarayoni avj olayotgan paytda bemorning birinchi uyqusiz tunidan kechiktirmay amalga oshirish tavsiya etiladi. Operatsiya novokainning 1-2% li eritmasi bilan mahalliy anesteziya ostida, Oberst-Lukashevich usuli bo'yicha amalga oshiriladi.

Bunda venaga yuboriladigan yoki ingalyasion qisqa muddatli narkozdan ham foydalaniladi.

Kesma etarlicha keng bo'lishi, lekin u barmoqlar va panja funksiyasiga zarar etkazmaydigan bo'lishi kerak. Nekrotik to'qimalar olib tashlanadi. Infiltrat bosikchida ham insiziya tavsiya etiladi. Bu to'qimalar zuriqishini kamaytiradi va nekroz paydo bo'lishining oldini oladi. Kesish yon va kaft (volyar) chegarasida (Klapp usuli) yoki barmoqning orqa (dorzal) yuzasida amalga oshiriladi. Kesma avval bir tomondan o'tkaziladi, keyin pinset yara orqali barmoqning qarama-qarshi tomoniga o'tkazilib, kontrapertura qilinadi va u orqali rezina tasma o'tkaziladi. Oxirgi falanga sohasida oval va yarim oval shaklidagi kesma qo'llaniladi, bunday kesmalar yordamida nekrotik yiringli o'choqni yaxshiroq aniqlash, kesib tashlash va drenajlash mumkin. Keyingi yillarda, nekroz o'chog'i kesib tashlanib, yara antibiotiklar bilan tozalangandan so'ng tuzalish muddatini ikki baravar qisqartiradigan chok qo'yishga intilish bo'layapti.

Operatsiyadan keyingi davrda antiseptik eritmali vannachalar, antibiotiklarni mahalliy yuborish, UVCh, UFO, davolash gimnastikasi qo'llaniladi. Yaradan yiring suyuqligi oqib chiqishi to'xtamaguncha drenajlash davom ettiriladi.

PAY HASMOLI (PAY QINI HASMOLI).

Pay qinining xamda pay sinovial pardasining yallig'lanishi panjaning eng og'ir yiringli kasalliklaridan biri hisoblanadi. Yiringli jarayon odatda ikkilamchi hol sifatida paydo bo'ladi: bunga teri osti, bo'g'im yoki suyak hasmollaridan ayniqsa, o'z vaqtida jarroxlik yo'li bilan davo qilinmagan hollarda o'tgan infeksiya sabab bo'ladi (rasm 37).



Rasm 37. Pay hasmoli.

Patalogik-anatomik manzarasi. Pay qinida va sinovial pardasida seroz yallig'lanish avj oladi. Ekssudat tezda seroz-fibrinoz, keyin esa yiring tusini oladi. To'qimalarning shishi rivojlanadi. Payda qon aylanishining buzilishi yuz beradi, pay nekrozga uchrab emiriladi. I barmoq pay qinining shikastlanishi V barmoq pay qiniga o'tishi mumkin (panjaning V – simon flegmonasi), I va V barmoqlarning yiringli tendovaginitlari kaftning bilak va tirsak sinovial qinlari vositasida Paron-Pirogov bo'shlig'i orqali o'tib, bilak flegmonasini yuzaga keltiradi.

Paron-Pirogov bo'shlig'i bilakning chuqur qatlamlarida joylashgan bo'lib, orqa tomondan kvadrat pronator bilak suyaklari va chuqur kaft fassiyasi bilan, old tomondan esa barmoqlarning chuqur bukuv mushak paylari va boshqa barmoqning uzoq bukuv paylari bilan chegaralangan.

Klinik manzarasi. Payda qattiq og'riq paydo bo'ladi. Barmoqlarning shishgani ma'lum bo'ladi, bemor ularni yarim bukib oladi.

Barmoqni to'g'irlashga urinilganda og'riqning birdaniga kuchayib ketishi – uning xarakterli simptomidir. Barmoqlarning yiringli tendovaginitlari umumiy buzilishlar: bosh og'rig'i, darmonsizlik, yuqori xarorat bilan birga kechadi. Ayniqsa, I va V barmoqlarning yiringli tendovaginitlari xavflidir.

Davosi. Kasallikning dastlabki soatlaridayoq pay qini funksiyasini tiklash, ekssudatni chiqarib yuborish va o'z navbatida antibiotiklarni yuborish tavsiya etiladi. Pay qiniga 1-2 ml suyuqlikdan ortiq sig'maydi, shuning uchun antibiotiklarni yuqori konsentratsiyada yuboriladi. Jgutdan foydalanib, antibiotiklarni venaga yuborish afzal. Qo'l immobilizatsiya qilinadi.

Agar konservativ davo naf bermasa, jarroxlilik yo'li bilan davolash tavsiya etiladi. Yallig'lanish o'chog'ini ochish asosiy falanganing oldingi yon yuzasi bo'ylab parallel kesmalar qilish, ayni paytda, noaniq (yopiq) qinni ochish uchun kaftda qo'shimcha kesmalar o'tkazish orqali amalga oshiriladi. Yaralar rezina chiqargichlar bilan drenajlanadi, bunda pay tutqichiga zarar etkazmaslik uchun rezinalar pay ostidan o'tkaziladi. Agar zaruriyat tug'ilsa, bilakda qo'shimcha kesmalar qilinadi. Hozirgi paytda yiringli tendovaginit operatsiya qilinganda ko'proq zich chok qo'yish qo'llanilmoqda.

SUYAK HASMOLI.

Bu – falanga osteomieliti turlaridan biri. Infeksiya odatda, teri osti hasmoli noto'g'ri yoki o'z vaqtida davolanmaganligi natijasida, oxirgi falangani ishdan chiqaradi (rasm 38).



Rasm 38. *Suyak hasmoli*

Patologik – anatomik manzarasi. Dastlabki bosqichda suyak to'qimasining mayda infiltratsiya o'chog'i kuzatiladi. Keyinchalik yiringli imbibitsiya, osteoporoz o'choqlari rivojlanadi, oqma yaralar orqali chiqib turuvchi suyak sekvestrlari paydo bo'ladi. Granulyasion to'qimalarning intensiv taraqqiy etishi, vaqti kelib esa, barmoqning deformatsiyalanishi aniqlanadi.

Klinik manzarasi. Suyak hasmoli ko'proq oxirgi falangani shikastlantiradi. Barmoqda qattiq og'riq, tirnoq falangasining kolbasasimon qalinlashuvi bilan xarakterlanadi. Ko'pincha kasallikning 2-xaftasi oxiriga borib yiringli teshik yaralar paydo bo'ladi.

Suyak hasmoli ko'pincha teri osti hasmolining asorati sifatida nomoyon bo'ladi. Jarayon bir necha haftalarga, xatto oylarga cho'zilishi mumkin. O'ziga hos qo'ziqoringa o'xshash granulyasiya rivojlanib, yaradan mayda suyak bo'lakchalari chiqib turishi bilan birga kechadi. Rentgenogrammalarda osteoporoz destruksiya va falangalar sekvestratsiyasi kuzatiladi.

Davosi. Ilk bosqichlarda antibiotiklarni vena va arteriya tomirlariga yuborish tavsiya etiladi. Agar qisqa muddatli konservativ terapiya yordam bermasa jarroxlilik yo'li bilan davolash bajariladi. Oxirgi falanga sohasidagi yiringli o'choq yarim oval shaklida kesib ochiladi. Nekrotik kletchatka tag-tomiri bilan kesilib, olib tashlanadi, yara drenajlanadi.

BO'G'IM HASMOLI.

Ko'pincha teri osti va suyak hasmoli tufayli yiringli jarayonning tarqalishi oqibati sifatida paydo bo'ladi. Shuningdek, mikroorganizmlar bo'g'imga ochilgan yaralar va ochiq shikastlar orqali ham o'tadi. Falangalararo yoki panja falanga bo'g'imlarining yiringli yallig'lanishi kuzatiladi.

Patologik – anatomik manzarasi. Dastlabki bosqichda bo'g'im bo'shlig'ida bir necha kun davomida yiringga aylanadigan seroz ekssudat paydo bo'ladi. Tog'aysimon bo'g'im satxi emirilishiga uchraydi va jarayon suyak to'qimasiga o'tadi. Ayni paytda bo'g'im xaltasi va boylam apparatiga putur etadi. Asta-sekin ankiloz, patologik suyak chiqishlari rivojlanadi (rasm 39).



Rasm 39. *Bo'g'im hasmoli.*

Klinik manzarasi. Qattiq og'riq turadi, barmoq bukulganda u yanada kuchayadi. Shish barmoqning to'g'irlangan sathi bilan cheklanadi, bo'g'im duksimon shaklni oladi. Vaqt o'tishi bilan patologik yon xarakatlar paydo bo'ladi va krepitatsiya aniqlanadi. Patologik suyak chiqishlar boshlanadi, ora-sira teshik yaralar yuzaga keladi. Rentgenogrammalarda bo'g'im konturlarining destruksiyasi ko'zga tashlanadi.

Davosi. Bo'g'imni punksiya qilish va unga antibiotiklar yuborish muhim ahamiyatga ega. Puxta immobilizatsiya qilish zarur. Bo'g'imda yiring bo'lsa, artratomiya qilinadi, bo'g'im ikki paralel kesmalar bilan ochiladi va antibiotiklar bilan tozalanadi. Yaraga rezina chiqargich qo'yiladi. Ancha keyingi davrda bo'g'im sathi rezeksiyasi amalga oshiriladi. Ayrim hollarda barmoqni amputatsiya qilishga to'g'ri kelishi ham mumkin.

TIRNOQ OSTI HASMOLI.

Tirnoq ostidagi yiringlash tirnoq ostiga yot jism (zirapcha) kirib qolishi, yaralarni kavlash, shuningdek tirnoq osti qavatining yiringlashi natijasida avj oladi.

Patologik – anatomik manzarasi. Tirnoq ostida seroz ekssudat rivojlanadi va u ko'p o'tmay yiringga aylanadi. Tirnoq qatlamlanib ko'chadi. Yiring tashqariga yorib chiqqanda tirnoq ostida teshik yara paydo bo'ladi. Granulyasiyaning jadal avj olayotgani kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Kasallik kuchli og'riq bilan kechadi, tirnoq ostida yiring yig'ilganligi yaqqol ko'rinib turadi. Tirnoq ustidan bosilganda birdan og'riq turadi (rasm 40).



Rasm 40. *Tirnoq osti hasmoli.*

Davosi. Tirnoq osti hasmolining davosi faqat jarroxlik yo`li bilan amalga oshiriladi. Ba`zan yallig`lanish jarayonini to`xtatish uchun zirapchani chiqarib yuborishning o`zi kifoya qiladi. Zirapchani sug`urib olib tashlash uchun tirnoq cheti ponasimon qilib kesiladi. Yiring uncha ko`p yig`ilmagan bo`lsa, zirapchani skalpel yoki perforator bilan tirnoqni trepanatsiya qilish yo`li orqali olib tashlanadi. Og`irroq hollarda tirnoq butunlay kuchganda tagida yarim oval shaklida kesilib, tirnoq-tirnoq yonidagi etdan ajratiladi, tirnoq Pean qisqichi bilan ushlab turilib, aylanma xarakat bilan olib tashlanadi.

TERI YONI HASMOLI.

Tirnoq yoni hasmolida yiring tirnoq atrofidagi (yoki uning tomonlaridan birida) yumshoq to`qimalarda yig`ilganda kuzatiladi (rasm 41).



Rasm 41. *Tirnoq yoni hasmoli.*

Jarroxlik yo'li bilan davolanadi. Odatda tirnoq yonini kesish bilan cheklaniladi, kamdan-kam hollarda tirnoqni qismin olib tashlashga to'g'ri keladi.

PARONIXIYA.

Paronixiya – tirnoq o'zagini qurshab turgan etning (gardishchani) yallig'lanishidir. Uning rivojlanishiga etning, tirnoq milking titilishi hamda manikyur paytida jaroxatlanishi sabab bo'ladi.

Klinik manzarasi. Tirnoq atrofi shishadi, birdan qizaradi va og'riq beradigan bo'lib qoladi. Tirnoq bosilgan paytda gardishcha chetidan yiring chiqishi kuzatiladi. Jarayon ba'zan uncha sezilmagan darajada uzoq vaqt davom etishi mumkin (rasm 42).



Rasm 42. *Paronixiya.*

Davosi. Kasallik boshlanganda dori-darmonlar bilan davolash naf bermaydi. Issiq suvdan, spirtli kompresslardan foydalanish va mazkur joyga antibiotiklar yuborish maqsadga muvofiqdir. Yiring yig'ilib qolgan hollarda insiziya amalga oshiriladi. Etni og'riqsizlantirib Kanavel usuli bo'yicha kesish o'tkaziladi – tirnoq gardishchasi va uning milkiy parallel ravishda bir necha millimetrlarga bo'laklanadi. Kesilgan gardishcha proksimal yo'nalishda suriladi va tirnoq o'zagi kesiladi. Operatsiya qilingan joyga sintomitsin emulsiyasi yoki Vishnevskiy mazi singdirilgan tampon qo'yiladi.

PANDAKTILIT.

Barmoqning barcha to`qimalarida yiringli yallig`lanishi kuzatiladi. Ko`pincha pandaktilit suyak bo`g`im yoki pay hasmollari oqibati sifatida, shuningdek noto`g`ri davo qilish natijasida yuzaga keladi.

Patologik – anatomik manzarasi. Suyaklar, bo`g`imlar, paylar va barmoq yumshoq to`qimalarining yiringli imbibitsiyasi kuzatiladi. Ko`pdan-ko`p teshik yaralar vujudga keladi va ulardan nekrotik massalar, yiring, suyak sekvestrlari va payning xalok bo`lgan qismlari chiqib turadi.

Klinik manzarasi. Sezilib turgan shish va barmoqning shakli xunuklashib o`zgarganligi kuzatiladi. U xajm jihatidan kattalashadi, ko`kish tus olgan teri bilan qoplanadi. Barmoq qimirlamaydi, ko`pdan-ko`p oqma yaralarning teshigi ko`rinib turadi (rasm 43).



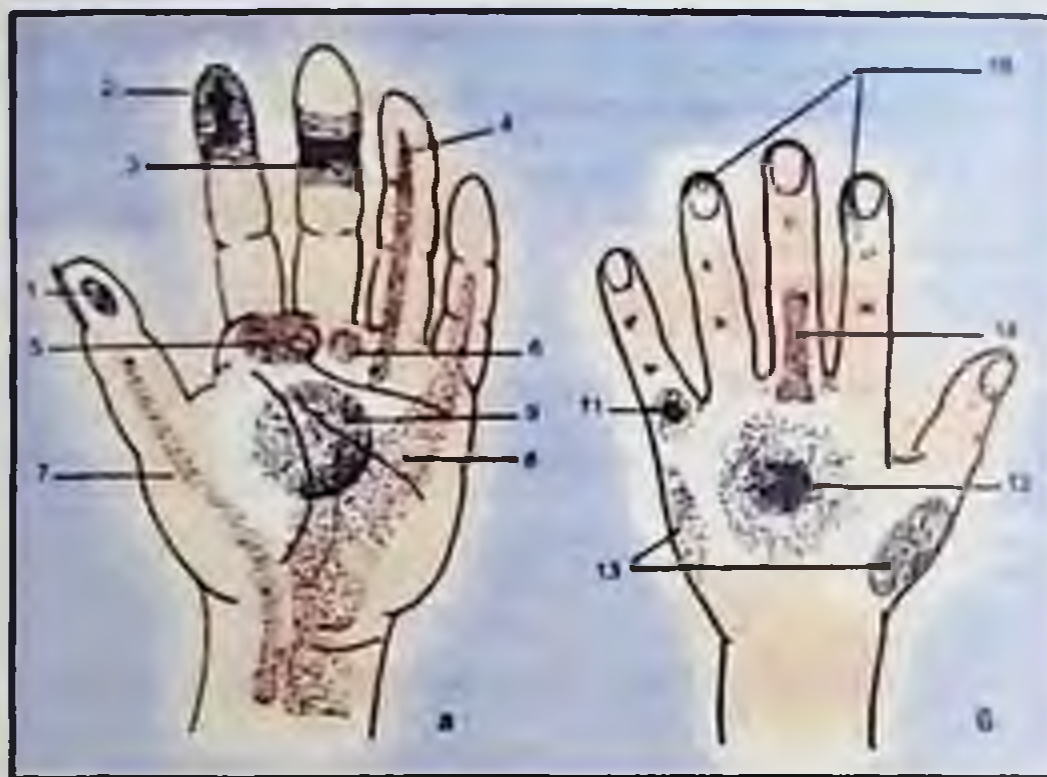
Rasm 43. *Pandaktilit.*

Davosi. Faqat jarroxlik yo`li bilan davolaniladi. Operatsiyadan maqsad yiringli jarayonni to`xtatishdir, iloji bo`lmasa barmoq olib tashlanadi.

KAFT FLEGMONASI

Panjaning kaft yuzasidagi yuza flegmoni farq qilinib, unga qadoq absessi, aponevroz osti va komissural yoki barmoqlararo flegmona kiradi. Kaft yuzasining chuqur flegmonasi tenar sohasi flegmonasi, gipotenar sohasi flegmonasi va o`rta kaft bo`shlig`i flegmonasiga bo`linadi, oxirgisi yuza aponevroz osti va o`rta kaft

bo'shlig'ining chuqur flegmonasiga bo'linadi. Panjaga infeksiya kirish yo'llari bevosita panjaning shikastlanishi yoki infeksiyaning barmoqlardan tarqalishi bilan bog'liq. Birinchi holda ko'pincha yuza formalari, ikkinchi holda panjaning chuqur flegmonasi paydo bo'ladi, bunda birinchi o'ringa pay milkagini qo'yish lozim (rasm 44).



Rasm 44. Xar xil panaritsiya va kaft flegmonasida og'riqning lokalizatsiyasi:
a – kaftning ichki yuzasi: 1 – teri osti hasmoli, 2 – suyak hasmoli; 3 – bo'g'im hasmoli. 4 – pay hasmoli, 5 – barmoqlararo flegmona, 6 – qadoq osti y absessi. 7 – sinovial sumka flegmonasi; 8 – ulnar sinovial sumka flegmonasi; 9 – kaft ichki flegmonasi; *b* – kaftning ustki yuzasi: 10 – paronixiya, 11 – furunqo'l, 12 – kaftning ustki yuzasi flegmonasi, 13 – dorzal radial va ulnar flegmona. 14 – asosiy falanga osteomieliti.

“Qadoq” absessini diagnostika qilish qiyinchilik tug'dirmaydi. O'tkir kechganda va panja shikastlangan joyda dastlabki kunlarda og'riydigan kuchsiz shish paydo bo'ladi. Muguzlanib (qalinlashib yoki shoxlanib) ketgan eski qadoq bo'lganda kasallik bo'linmasdan kuchsiz og'riq bilan boshlanadi. Og'riq va shish ko'payib boradi. Panja funksiyasi cheklanib qoladi, epidermisda yiring yig'iladi, biroq jarayon ichkarida joylashadi. Yiring panja to'qimasiga va komissural bo'shliqqa tarqalganda klinik simptomlar aniqroq ko'rinadi: panja orqasida shish, limfangit va limfadenit paydo bo'ladi.

Aponevroz osti flegmonasida klinik manzara - og'riq, biroz shish, terining ifodalangan giperemiyasidan iborat, punksiyaning cheklanishi jarayonning joylashgan o'rni, tarqalganligi va qachon

paydo bo`lganligiga bog`liq. Ro`y-rost yuzaga chiqqan hollarida og`riq kuchli bo`ladi, tana (xarorati) ko`tariladi, et junjikadi, umumiy lohaslik uyqu buzilishi kuzatiladi.

Komissural flegmona barmoqlararo bo`shliq to`qimasida mustaqil kasallik sifatida yoki asosiy bo`g`im buzilishi, qadoq absessi yoki aponevroz usti flegmonasi natijasida vujudga keladi. Uning klinikasi aniq ko`rinib turadi. Barmoqlararo burma sohasida teri giperimeriyasi va shish qayd qilinadi, bu panja orqasida ko`proq yuzaga chiqqan bo`ladi. Barmoqlar xarakati cheklangan. Tugmasimon zond bilan tekshirilganda barmoqlararo sohasida (mahalliy) og`riq aniqlanadi.

Panjaning yuza flegmonasi. Operatsiya yo`li bilan davolanadi: og`riqsizlantirish uchun qisqa muddatli narkoz afzallik qilinadi, chunki panjaning mahalliy og`riqsizlantirishdan etarlicha naf bo`lmaydi va operatsiyani radikal bajarishga imkon bermaydi. Flegmona yiring boylagan joyning qaerdaligiga va turiga qarab bir yoki bundan ortiq kesmalar bilan ochiladi. Komissural flegmonani ochishda kaft va kaft orqasi yuzasida kesmalar qilinadi. Yiringli joyni yaxshi bo`shatish, qunt bilan drenajlash va antiseptiklar bilan yuvish hamda umumiy antibakterial terapiya bemorlarning tez sog`ayib ketishiga olib keladi.

Panjaning kaft yuzasidagi chuqur flegmona-og`ir kechadi va mahalliy hamda umumiy belgilar bilan o`tadi. Bemorlar kaft sohasida lo`qqilagan keskin og`riq sezadilar. og`riq bilakka o`tadi. uyqu buziladi, tana xarorati 38-39°S gacha ko`tariladi. O`rta kaft bo`shlig`ining aponevroz osti va chuqur flegmonasi, tenar flegmonasi va gipotenar flegmonasi farq qilinadi.

O`rta kaft bo`shlig`ining aponevroz osti (yuza) flegmonasida – bu sohada bir oz shish qayd qilinadi, II - III – IV barmoqlar yarim bukilgan aktiv xarakatlar keskin cheklangan. Panja shishi bilakning kaft yuzasiga tarqalishi kuzatiladi. Chuqur flegmona panjaning talaygina shishib chiqishi bilan yuzaga keladi, bu shish panja orqasida yaxshi ifodalanadi. Xuddi shu erda terining qizarganligi qayd qilinadi. Barmoqlar yarim bukilgan, aktiv funksiya

bo'lmaydi, barmoqlarni ishlatishga xarakat qilish og'riqqa sabab bo'ladi.

O'rta kaft bo'shlig'i flegmonasini davolash narkoz ostida shoshilinch operatsiya qilishni talab etadi. Kaftning o'rtasi orqali teri, osti yog' to'qimasi va kaft aponevrozi uzunasiga kesiladi. Yiringli bo'shliq bo'shatilgandan keyin yiringli bo'shliq tugmasimon zond bilan tekshirib ko'riladi. Yiringli oqma bo'lganda va yiringli jarayon tarqalib ketganda ochiq drenaj maqsadida kaftda qo'shimcha kesmalar qilinadi. Drenajlash qo'lqop rezinali pilikchalari bilan amalga oshiriladi. Yiringli bo'shliqni yuvish uchun ingichka naychalar kiritsa ham bo'ladi. Panja flegmonasini kompleks davolash umumiy antibiotik terapiyani muntazam olib borishni o'z ichiga oladi – pensillin, kanamitsin, linkomitsin 6-8 mln XB, yuqori sutkalik dozalarda mushak orasiga yoki venaga, sulfanilamid preparatlarni parenteral yuborish (biseptol 480 ml etazol – natriy venaga), shuningdek organizmning immun kuchlarini oshirish uchun preparatlar – antistafilokokk gamma – globulin 3-5 ml dan xaftasiga 2 marta mushak orasiga yoki antistafilokokk plazmasi 100,0 dan xaftasiga 1 marta venaga yuboriladi.

Tenar flegmonasi – flegmonaning bu formasiga I-barmoq milkagi, ayniqsa yiringli tendovaginit eng ko'p sababchisi hisoblanadi. I-barmoq asosi sohasida lokal og'riq paydo bo'ladi va barmoqni bukib bo'lmaydi. Og'riq bilakning ichki tomoniga beradi. I-barmoq va tenar sohasi shishi bilakga o'tadi, teri qizaradi I-barmoq yarim bukilgani uchun aktiv xarakatlar qilish qiyinlashadi.

Tenar flegmonasining eng shishgan va og'riqli joyini qiyshiq yoki yarim oysimon kesilib, mushaklar tolalar yo'li bo'ylab suriladi va yiringli bo'shliq ochiladi. Yiring panjaning orqa tomoniga tarqalganda kontrapertura o'tkaziladi. Hamma hollarda operatsiyani yiringli bo'shliqni yuvish va drenajlash bilan tugallanadi.

Gipotenar flegmonasi kamr uchraydi va panja flegmonasining boshqa formalariga qaraganda engilroq kechadi. Shu sohaning to'g'ridan-to'g'ri yaralanishi yoki V - barmoq milkagi, ayniqsa, yiringli tendovaginit asoratlari natijasida paydo bo'ladi. Gipotenar flegmonasining klinik manzarasi o'zining klinik manzarasi jihatidan

ham. davolash jihatidan ham tenar flegmonasiga ko'p o'xshashliklarga ega.

Panja orqa yuzasi flegmonasi – odatda panja orqa yuzasi yaralanishlari terining yiringli jarayonlari (chipqon, karbunkul, saramas) asorati hisoblanadi.

Terining yallig'langan yoki yiringli jarayon kechayotgan joyida tutash shish, teri giperemiyasi va shish paydo bo'ladi. bu barmoqlar va bilak kaft bo'g'imi sohasiga tarqaladi. Ko'pincha limfangit va limfandenit kuzatiladi. Bu flegmonaning simptomlar yig'indisi panja kaft yuzasining flegmonasi bilan ko'p jihatdan o'xshash bo'lsada, umuman olganda kaft orqasi flegmonasi engilroq kechadi.

Diagnostikasi. Diagnostika jarayonida quyidagilarga e'tibor qaratish lozim bo'ladi:

1. Shish joyi, yallig'lanish o'chog'iga xamisha to'g'ri kelmaydi.

2. Kaftda flyuktuatsiya aniqlanmaydi.

3. To'mtoq zond bilan yallig'lanish o'chog'ini aniqlash.

4. Daktiloskopiya natijalari.

5. Aktiv xarakatda, bukish-yoyishda funksional xarakat.

6. Rentgenografiya

7. Termografiya.

8. Kompyuter tomografiya.

9. Densitometriya.

Davolash prinsiplari. Kaft va barmoq yiringli kasalliklarini davolash quyidagilarga qaratiladi:

1. Patologik o'choqda infeksiyani bartaraf qilish.

2. O'lgan to'qimalarni yo'qotish, yiringli jaroxatni toza jaroxatga aylantirish.

3. Shishni kamaytirish.

4. Yallig'lanish ekssudatining oqishiga sharoit yaratish.

Flegmonaning infiltrat bosqichida konservativ davo qilinadi. Zamonaviy konservativ davolash yallig'lanish jarayonining cheklanib qolishiga imkon beradi.

1. Antibiotikoterapiya, barmoq asosida blokada (novokain va antibiotik) qilish.

2. Yallig'lanishga qarshi davo.
3. Qisqa fokusli rentgenoterapiya.
4. Proteolitik fermentlar.

Yiringlanish simptomlari bo'lganda va panja orqa yuzasining chuqur flegmonasida narkoz ostida operatsiya qilinadi.

Kesmalarni kaft suyaklari oraliqlari proeksiyasida uzunasiga qilinadi. Yuza fassiya qirqiladi, teri osti venalari bog'lanadi va keyin tumtoq yo'l bilan yiring to'plangan joygacha tushiladi va drenajlanadi. Operatsiyani bog'lam qo'yish va uni immobilizatsiya qilish bilan tugallanadi.

Barmoqlar va panja yiringli kasalliklarining profilaktikasi. Panja va barmoqlar yiringli kasalliklarini profilaktika qilishni (oldini olishni) tashkil etish faqat meditsina – sanitariya xizmatining emas, balki mehnatni tashkil qilish xizmatining ham eng muhim vazifasi hisoblanadi. Sanitariya – oqartuv ishlarini tashkil qilish va eng oddiy profilaktika tadbirlarini bajarish kasallanishning pasayishiga olib keladi.

Ish vaqtida qo'lning ifloslanishi, kaft va barmoqlar terisining dag'al mugizlanishi (qadoq bo'lishi), unda yoriqlar va shilinishlar borligi yiringli kasalliklarga moyil qiladigan omil hisoblanadi.

Qo'l uchun tozalaydigan pastalar, yumshatadigan antiseptik kremlar, iliq giginetik vannalar, sovun, xar kimning alohida toza sochiq to'tishi, qo'l terisi lat eganda va tirnalganda o'z vaqtida yod eritmasini surtish kabi tadbirlar kasallikning oldini olishi mumkin. Barmoqlar va panja kasalliklarining profilaktika qilish uchun bemorlarni o'z vaqtida ixtisoslashgan bo'limlarga joylashtirish zarur.

Og'riqsizlantirish. Yallig'lanish o'chog'ining distal va o'rta falanga sohasida joylashganda Oberst-Lukashevich (Usolseva usulida o'tkazuvchan anesteziya.) usulida o'tkazuvchan anesteziya bajariladi (rasm 45,46).



Rasm 45. *Oberst-Lukashevich usulida o'tkazuvchan anesteziya.*



Rasm 46. *Usolseva usulida o'tkazuvchan anesteziya.*



Rasm 47. *Hasmolni davolashda operativ kesmalar.*

Operatsiyadan keyingi davrda jaroxat ochiq usulda davolanadi. Yopiq usulda davolash oquvchi-yuvuvchi drenajlash qilinganda mumkin (rasm 47). Adekvat immobilizatsiya va tiklovchi davolash usullari muhim rol o'ynaydi.

SUYAKNING YIRINGLI KASALLIKLARI.

OSTEOMIELIT

Osteomielit – suyak iligi, suyak, suyak usti qavatining o'tkir yiringli yallig'lanishi bo'lib, jarayonning generalizatsiyali kechishi bilan xarakterlanadi. "Osteomielit" atamasini 1831 yilda Reyno kiritgan.

"Osteomielit" suzi garchi suyak iligi yoki kumigining yaliglanishini anglatsa xam aslida bunday kasallikda suyakning barcha to'qimalari, suyak usti pardasi (periost), suyakning qattiq qismi (kompakt qavati) hamda uning ilik va ko'mik qismlari yallig'lanadi. Odatda yallig'lanish suyakning ichidan ilik yoki ko'mik qismidan boshlanadi va boshqa suyak to'qimalariga ham tarqalgan holda (panostit tarzida) rivojlanadi. Suyakning hamma to'qimalarini bunday shikastlantiradigan, keyinchalik hattoki uning emirilishiga olib keladigan, yiringli yallig'lanish jarayoni osteomielit deb ataladi.

Suyak usti pardasining alohida holda yallig'lanishi periostit deb ataladi. Lekin bu yiringli yallig'lanish ko'pincha boshqa suyak to'qimalariga o'tgan holda (ya'ni osteomielit tarzida) vujudga keladi. Shuning uchun periostitni osteomielit bilan birga, undan ajralmagan holda o'rganib chiqamiz.

Osteomielitning tasnifi. Kasallikning sababiga nisbatan osteomielitning nospetsifik va spetsifik formalarga bo'linadi. Mikrobbing suyakka kirish yo'liga qarab osteomielit gematogen - qon bilan kirish va nogematogen -tashqaridan kirish hillariga bo'linadi.

Klinik ko'rinishiga qarab osteomielit o'tkir va surunkali bo'lishi mumkin.

O'tkir osteomielitning klinik formalari:

a). O'tkir yiringli gematogen osteomielit.

b). O'tkir yiringli - septik osteomielit.

v). Jaroxat (o'q tegish) oqibatida vujudga keladigan o'tkir travmatik osteomielit

g). Olle nomi bilan ataladigan o'tkir albuminoz (oqsilli) osteomielit.

Surunkali osteomielitning klinik formalari:

a) Ikkilamchi (yiringli o'tkir osteomielitdan keyin yuzaga keladigan) surunkali osteomielitning sekvestrli va oqma yaralar formasi.

b) Surunkali Olle (albuminoz) osteomieliti.

v) Birlamchi surunkali osteomielitlar (osteofik):

- Skleroz tipidagi Garri osteomieliti.

- Brodi absessi.

g) Surunkali spetsifik osteomielitlar.

Osteomielitning kelib chiqish sabablari va rivojlanishi, sharoitlari (**etiologiyasi va patogenezi**). O'tkir osteomielitni 80-85 % hollarda tillarang stafilakokk chaqiradi, kamroq hollarda streptokokk pnevmokokk va boshqa mikroblar chaqirishi mumkin (6-7 %). Ko'pincha gematogen osteomielitda, yiringli mikroblar bilan birga viruslar ham uchraydi (40-50 % gacha).

Mikroblar suyak ichiga quyidagi yo'llar orqali kirishi mumkin:

a) Suyak atrofidagi yumshoq to'qimaning jaroxati orqali.

b) Mikrob qon yoki limfa yo'llari orqali organizmdagi birorta yallig'langan yiringli joydan o'tishi mumkin.

Suyaklarning anatomo-fiziologik uzilishi va undan qon aylanishi mikroblarning tarqalishida katta rol o'ynaydi ko'pincha yallig'lanish suyakning metafizida (ko'mik qismida) joylashadi. Yassi suyaklarda osteomielit kamdan kam uchraydi. Erkaklarda bu kassalik ayollarga nisbatan 3-4 marotaba ko'p uchraydi. Osteomielit bilan bolalar eng ko'p xastalanadi. Shu kassalikning deyarli 75% ni 13-17 yoshdagi o'smir bolalar tashkil qiladi. Shuning bilan birga u yangi tug'ilgan chaqaloqlarda va keksalarda kamroq bo'lsa ham uchrashi mumkin. Yosh bolalarda ko'p uchrashining sababi suyak nozik tuzilishidadir.

Suyak ichidagi ko'p sonli kalta - kalta to'rsimon shakldagi qon tomirlarda oqishini tabiiy sekinlashishi tufayli bu erga tushgan mikroblar ushlanib qolib, suyak iligida yallig'lanishni chaqiradilar.

Bu o'rinda organizmning mikroblarga qarshi kurashish qobiliyati katta ahamiyatga ega.

Osteomielitni kelib chiqishida qo'shimcha sabablar qatorida suyakning jaroxati organizmning sovuq qotishi, haddan ziyod charchashi, ozib ketishi, avitaminozlar va boshqalar katta rol o'ynaydi. Chunki bu hollarda organizmning mikrobgga qarshi kurashish kobilyati juda pasayib ketadi.

Osteomielitning kelib chiqishi va rivojlanishi (patogenezi) juda murakkab bo'lib bu jarayon olimlarimiz tomonidan chuqur o'rganilgan va bu to'g'rida ular o'z nazariy fikrlarini bayon qilishgan: A.A. Bobrov va Lekser (qon tomir nazariyasi), T.P. Krasnobaev, G.I.Turner va N.N. Elanskiy (nerv va reflektor nazariyasi) va boshqalar.

Lekin osteomielitning rivojlanish sabablarini aniqlashda S.M. Derijanovning allergik nazariyasi ko'proq inobatga sazovor va ishonarlidir. Uning fikricha, osteomielitning rivojlanishi uchun faqatgina mikroblarning organizmga (suyak to'qimasiga) kirishi kifoya qilmaydi. Buning uchun avvalambor organizmda yashirin (latent) mikrobgga va uning toksiniga nisbatan o'ta sezuvchanlik (sensibilizatsiya) vujudga kelishi kerak. Ana shu holatda organizmga qo'shimcha manfiy faktorlar tashqi muhit omillari (jaroxat, sovuq qotish, kasallik va x. k), qo'zg'atuvchi ta'sir ko'rsatganda, bu sharoitlar suyakning mayda qon tomirlarida siqilish hollari (spazm) va tromb hosil bo'lishiga, mikrolarning suyak to'qimalarida tez ko'payishiga, ulardan zaxarli moddalar (toksinlar ko'p ajralishi va suyakda yiringli yallig'lanish jarayoni avj olishiga, unda to'qimalar (sekvestor)) paydo bo'lishiga olib keladi.

Osteomielitning birlamchi- surunkali (atipik) formalari unchalik zaxarli bo'lmagan kuchsiz mikroblarning ta'siri natijasida sekin-asta rivojlanadi (rasm 48).

Osteomielitning patologik anatomiyasi. Bu sohada S.M.Derijanov, I.S. Bengerovski, A.S. Kryuk, L.B. Zaxarovlar katta hissa qo'shganlar. Odatda yallig'lanish suyak iligidan boshlanadi.



Rasm 48. Osteomielitik flegmonaning rivojlanishi.

Yiring chakiruvchi mikroblar to'plangan joyda qon tomirlar kengayadi va suyak iligida shishadi. Bu erda yallig'lanish Gavers kanallari orqali suyakning tashqi qavati va suyak usti pardasiga o'tadi. Suyakning ustki qavati g'ovaklashib yiring bilan to'ladi. Yiring suyak usti pardasining ostida to'planib uni suyakdan ajratadi (periostit). Gavers kanallarining qon tomirlari yopilib qolishi tufayli suyakning oziqlanishi buziladi. Natijada suyakning bir qismi nekrozga uchraydi. Odatda suyakning bir qismi ba'zan esa diafiz va metafiz chirik to'qimaga aylanadi. Buning chegarasida yangi to'qima rivojlanib chirik to'qima ajralib qoladi va buni sekvestr deb ataladi (rasm 49).



Rasm 49. Osteomielit bilan suyakni shikastlovchi sekvestrlar turlari:

1. Kortikal. 2. Markaziy. 3. Teshib o'tuvchi. 4. Total

Suyak ustki pardasining ostida to'plangan yiring atrofidagi to'qimalarni parchalab asta-sekin chiqa boshlaydi. Natijada uzoq vaqt bitmaydigan yiringli oqma yaralar hosil bo'ladi. Sekvestr

yallig'lanish jarayonining kuchayishiga va uning uzoq vaqtgacha davom etishiga sabab bo'ladi, natijada kasallik surunkali davrga o'tadi.

Kasallikning keyingi davrlarida suyakning yallig'langan joylarida oxak tuzlari o'tirib suyakda skleroz vujudga keladi. Bu kasallikning asta - sekin tugallanayotganidan darak beradi. So'ngra yangi suyak to'qimalari hosil bo'ladi. Bu jarayon suyak usti pardasi va sekvestr atrofida rivojlanadi. Suyakda chirish jarayoni (sekvestratsiya) qancha uzoq vaqt davom etsa sklerotik o'zgarishlar shunchalik ko'p rivojlanadi.

Osteomielit tugagandan keyin uzoq vaqtgacha kasallik o'chog'ida kichkina yiring yig'ilgan bo'shliqlarni kuzatish mumkin. Agar osteomielit uzoq vaqt davom etsa bu atrofdagi mushak va teri osti yog' qavatlari atrofiyaga (ozg'inlashishga) uchrashi kuzatiladi. Bu kasallikda yiring bo'lganligi uchun organizmning boshqa a'zolarida - jigar, buyrak, yurak, qalqonsimon bez va uning atrofidagi bez to'qimalarida morfologik o'zgarishlar kuzatiladi. Ko'pincha jigar va buyrakda yuzaga keladigan amiloid o'zgarishlar natijasida kasallar xalok bo'lishi mumkin.

Osteomielitning klinik formalari va manzarasi:

Kasallikning kechishi, asoratlari va davolash usullari.

O'tkir gematogen va yiringli-septik osteomielit.

Bu kasallik T.P.Krasnobaev yozishicha 75-85 % hollarda 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. Ko'pincha (80-85 %) bu kasallik uzun naysimon suyaklarda uchraydi, yassi suyaklarda 9-13 %, kalta suyaklarda esa 6-7 % uchraydi. Uzun naysimon suyaklarda bu kasallik metafizda, epifiz yoki metodiafizda uchrashi mumkin.

Klinik ko'rinishi. O'tkir gematogen osteomielitning qanday darajada rivojlanishi mikrobnig kasal chaqirish kuchiga, organizmning qarshilik ko'rsatish qobiliyatiga, yiringli jarayonning joylashishiga bemorning yoshiga va kasallikning ma'lum darajadagi asoratlariga ko'p bog'liq bo'ladi.

T.P.Krasnobaev kasallikning klinik ko'rinishiga qarab 3 xil formasini ajratadi: mahalliy (engil), yiringli-septik (og'ir) va toksik (adinamik) formalari.

O'tkir (gematogen) osteomielitning mahalliy formasi ko'p uchraydi va ma'lum joyda suyakda yiringli yallig'lanish jarayonining

vujudga kelishi bilan ajralib turadi. Kasalning umumiy ahvoli deyarli o'zgarmaydi, kasallik ko'pincha jaroxat yoki sovuq qotishdan so'ng to'satdan boshlanadi. Yashirin davri qisqa bo'ladi. Kasallik boshlanishidan avval bir necha soat yoki 1-2 kun davomida bemor o'zini lohas sezadi, badani uvishadi. So'ngra badan xarorati 38°S darajagacha ko'tarilib, bir vaqtning o'zida jaroxatlangan qo'l-oyoqda og'riq paydo bo'ladi. Og'riq qo'l-oyoqning barcha yuzasida bo'lsa xam, asta-sekin silab ko'rilganda uning eng ko'p joylashgan nuqtasi aniqlanadi. Bir-ikki kundan so'ng qo'l-oyoqda og'riq kuchayib bo'g'im atrofida joylashadi. Bu joyda shish, qizarish ko'rinadi, silab ko'rganda kuchli og'riq va suyuqlikning chayqalishi (flyuktuatsiya) belgilari paydo bo'ladi, bo'g'imlarda xarakat qilish qiyinlashadi, chunki kichkina xarakat ham og'riqni kuchaytiradi. Yiring o'zi oqib chiqsa yoki kesish natijasida chiqarilsa og'riq kamayadi. Keyin kasallik surunkali davrga o'tishi mumkin (rasm 50).



Rasm 50. Naysimon suyaklar osteomieliti: 1. Suyak usti pardasi absessi. 2. Metafizar o'choq. 3. Yiringli oqma. 4. Diafizar oqma. 5. Epifizar o'choq. 6. Sekvestr.

Gematogen osteomielitning yiringli-septik formasi. To'sadan badan xaroratining ko'tarilishi bilan boshlanadi. Kasallikning birinchi soat yoki kunlarda kuchayishi tufayli kasalning ahvoli og'irlashadi, bemor ketma-ket qayt qiladi. 1-2 kun davomida suyakning o'tkir yallig'langan joyida og'riq paydo bo'ladi. Oyoq va

qo'lda aktiv xarakat to'xtaydi, passiv xarakat kamayadi, yumshoq to'qimalarda shish paydo bo'ladi, teri qizaradi va taranglashadi, xarorat ko'tariladi. Keyingi kunlarda yuqori davom etadi va qonda leykotsitlar soni ko'payadi.

O'tkazilayotgan davolash yaxshi ta'sir ko'rsatmasa kasalning umumiy ahvoli og'irlashadi, organizmning toksinlardan zaxarlanishi ko'payadi. bosh va badanda qattiq og'riq kuzatiladi, ishtaha yo'qoladi, chanqoqlik ortadi. Qizil qon kamayadi. Qonda atsidoz ko'payadi, tuz va suv almashinuvi buzilishi natijasida qonda kaliy va kalsiylar miqdori oshadi, natriy kamayadi. Yurak mushaklarida o'zgarishlar vujudga keladi, jigarning zaxarlanishiga qarshi kurashish qobiliyati, buyrak ishi, nafas olish va yurak faoliyatlari sustlashadi. Bunday hol 5-10 kun davom etib, natijada yiring badanga tarqalib ketadi. Kasalda sarg'ayish belgilari paydo bo'ladi.

Kasallikning toksik (adinamik) formasi 1-3 % kasallarda uchraydi. Og'ir hollarda kasallik tez o'tadi, og'riq haddan ortiq ko'payadi, kasal xushini yo'qotadi. Birinchi kecha kunduz davomida kasalda og'ir zaxarlanish-sepsis rivojlanadi: bosh va orqa miya pardalarining yallig'lanish (meningit) alomatlari paydo bo'ladi, quvvat kamayadi, taloq va jigar kattalashadi, nafas olish og'irlashadi, badan sarg'ayadi, siydikda oqsil va silindrlar ko'payadi. Yurak va qon tomir ishi nihoyatda bo'shashib qon bosimi pasayadi. Bunday holda mahalliy o'zgarishlar yuzaga kelguncha kasal xalok bo'lishi mumkin.

Diagnostika. O'tkir gematogen osteomielitning boshlanish davrida uni aniqlash ancha qiyin. Kasallik belgilari aniq bo'lmagan ayniqsa tez o'tadigan formalarida septik belgilari boshqalardan ko'ra ustunlik qiladi. Mahalliy o'zgarishlarni o'rganish davrida osteomielitni limfa qon tomirlarining yallig'lanishi va chuqurda joylashgan flegmona belgilardan ajratish qiyin bo'ladi. Birinchi ikki hafta davomida rentgen yordamida tekshirishda suyakda osteomielit belgilari hali rivojlanmagan bo'ladi. Suyakda o'zgarishlar yuzaga kelganda - suyak ustki pardasi yallig'langanda, sekvestr hosil bo'lganda, suyakda skleroz ko'ringanda kasallikning aniqlash va diagnoz qo'yish engillashadi.

Osteomielitning oqibatlar. Umumiy asoratlaridan eng ko'p uchraydigan sepsisdir. Kasallik uzoq davom etib yiring oqadigan

yara qismi paydo bo'lganda anemiya, ya'ni qon kamayib ketish, sillasi ko'rish va amiloidozlar umumiy asoratlari qatoriga kiradi.

Mahalliy asoratlari qatoriga mikroblarning bo'g'im ichiga o'tib bo'g'imning yiringli yallig'lanishi (yiringli artrit) hosil bo'lishi, kasallangan joydan suyakning patologik sinishi suyakning qishayib-qisqarib qolishi, bo'g'imda xarakatning cheklanishi (qontraktura), mushaklar atrofiyasi, turli chandiqlar kiradilar.

O'tkir yiringli gematogen osteomielitni davolash asosida T.P. Krasnobaev taklif etgan quyidagi uch usul yotadi:

- yiringli yallig'langan (chirigan) suyakni operatsiya usuli bilan davolash:

- kasallikni chaqirgan mikrobgga to'g'ridan - to'g'ri dori darmon bilan ta'sir etish:

- organizmning kasallikka umumiy qarshilik ko'rsatish hususiyatini oshirish.

Operatsiya yo'li bilan davolash asosida suyakning 2-3 eridan teshik hosil qilib, ilik kanalidan yiringning oqib chiqishini ta'minlash va shu orqali suyak chirishini to'xtatish, organizmning umumiy ahvolini yaxshilash yotadi. Bu usul bilan yallig'lanish jarayoni tarqalishini, bo'g'im yoki qonga o'tishini o'z vaqtida to'xtatish, shu orqali sepsis va boshqa mahalliy asoratlarning oldini olish yotadi. Qanday davolash usulini qo'llashda mikrobnin guchi kasallikning klinik ko'rinishi va kasalning yoshiga qaraladi. Kasalda umumiy zaxarlanish belgilari kuzatilganda tezlik bilan operatsiya usulini qo'llash, kasallik engil o'tganda uning mahalliy chegaralanishini ko'rish mumkin. Suyakning kasallangan joyi ochilgandan so'ng uning devori elektroparma yordamida teshiladi va bu teshik orqali ilik kanaliga rezina naycha kiritilib kanal antiseptik eritmalar bilan yuviladi. Kanaldan yiring yuvib chiqarib tashlanib, kanal ichida ko'p miqdorda antibiotiklar yuboriladi. Agar jaroxat epifizda joylashgan bo'lsa, ignani bo'g'im ichiga kiritiladi va yiringni chiqarib tashlab, antibiotiklar eritmasi bilan yuviladi. Suyak atrofida yiring bo'lgan taqdirda yumshoq to'qimalarni kesish yo'li bilan yiring, sekvestrlar chiqarib tashlanadi. Yiring chiqarilganidan so'ng u joylashgan bo'shliq ichiga dokadan qilingan tampon kiritilib yara bog'langach, gipsdan tayyorlangan longeta yordamida oyoq yoki qo'l taxtakachlanadi (immobilizatsiya). Suyak ichiga qo'yilgan doka

tampon uzoq vaqtgacha olib tashlanmasligi kerak. Oyoq yoki qo'lni xarakatsizlantirish (immobilizatsiya) yallig'lanish jarayoni tugaguncha oyoq yoki qo'lning xarakat qilish xususiyati qayta tiklanguncha qadar tutib turiladi. Suyakda o'zgarish ko'p va og'ir bo'lgan taqdirda kasalning umumiy ahvoli og'ir, zaxarlanish belgilari paydo bo'lib, oyoq va qo'lda qon aylanish buzilib, yiring bo'g'imga o'tgan taqdirda kasalning hayotini saqlab qolishi uchun oyoq yoki qo'lni kesib tashlash (amputatsiya) tavsiya etiladi.



Rasm 51. Osteomielitni xirurgik davolash.

Kasallikning rivojlanishiga qarab quyidagi operatsiyalar qilinadi (rasm 51):

- osteomielitik flegmonani ochish, yiringni chiqarish;
- suyak ustki pardasini kesish;
- suyak devorini teshib ilik kanaliga o'tish;
- sekvestrni olib tashlash;
- suyak pardasi ostida suyakning ma'lum bo'lagini kesib tashlash (suyak ustki pardasi osti rezeksiya);
- bo'g'im qismini kesib tashlash (bo'g'im rezeksiyasi);
- kasallik cho'zilib zo'riqib ketgan taqdirda oyoq yoki qo'lni kesib tashlash (amputatsiya).

Osteomielitni keltirib chiqargan mikroorganizmlarga qarshi kurash.

Mikrobgaga qarshi kurash asosida antibiotiklar bilan birgalikda sintetik kimyoviy dorilarni berish etadi. Antibiotiklar bilan davolaganda kasalning yoshi, uning ahvoli, kasallikning davomiyligini, bemorning antibiotikka nisbatan sezgirligini, yaradan

chiqqan mikroblarning antibiotikka nisbatan sezgirligini hisobga olish kerak.

Osteomielit kasalligida yaxshi foyda beradigan antibiotiklarga quyidagilar kiradi: penitsillin, ampioks, ampitsillin, gentamitsin, eritromitsin, oleandomitsin, linkomitsinlar.

O'tkir gematogen osteomielitning og'ir o'tadigan hilida, ayniqsa kasallikni bir necha mikroblar chaqirgan takdirda, 2-3 bir-biriga mos keladigan antibiotiklar birgalikda beriladi. Bemorning kasallikka umumiy qarshilik ko'rsatish qobiliyatini oshirish osteomielitni davolashda katta ahamiyatga ega. Bu maqsadda zaxarlanishni kamaytirish uchun kasalga qon, qonning zardobi, albumin eritmasi, gemodez, gidrolizin, aminopeptidlar yuboriladi. Bu eritmalar zaxar kuchini qirqib organizmdagi suyuqlik hajmini ko'paytiradi. Poliglyukin, 10 % glyukoza eritmasi (insulin bilan birga), kokarboksilaza, eufillin eritmasi (2,4 % li), ATF, yurak faoliyatini tuzatib o'pkada qon aylanishini engillashtiradi. Agar kasalda o'ta zaxarlanish belgilari aniq bo'lsa gemosorbsiya usuli bilan qon tozalanadi.

Qon tomir ichida qonning ivishini (trombozning) oldini olish maqsadida bir sutka davomida kasalning bir kilogramm og'irligiga 200-300 birlikda heparin yuboriladi. Kasalning qonida atsidoz kuzatilganda heparinning miqdori 1,5-2 marotaba ko'paytiriladi. Kasalning yoshi va uning ahvolini nazarda olib, immunologik hususiyatini kuchaytirish maqsadida quyidagi dorilar tavsiya etiladi: metatsil, pentoksil, kaliy orotat, levomizol, natriy nukleinat, stafilokokk vaktsinasi, gamma globulin, stafilokokka qarshi qon zardobi.

Jaroxat (yoki o'q tegish) oqibatida vujudga keladigan o'tkir travmatik osteomielit. Keyingi davrda suyakning ochiq sinishi va suyakdagi operatsiyalar soni ko'payishi munosabati bilan yarada yiringli jarayon, uning oqibatida osteomielit kasalligining ko'payishi kuzatilmoqda.

Jaroxatning yiringlashi tana xaroratining ko'tarilishiga va bemor umumiy ahvolining og'irlashishiga sabab bo'ladi. Shu joyda suyakda og'riqning paydo bo'lishi, yiringli jarayon suyakka ham o'tganligidan dalolat beradi. Travmatik osteomielitning aniqlash asosida suyak singan joyidagi yaradan yiring chiqishi va

rentgenologik ko'rinishlar yotadi. Bu kasallikni davolash kompleks tarzda o'tkazilishi kerak. Suyak singan er bitmagan bo'lsa, uni oz miqdorda kesib tashlab suyak bo'laklarini to'g'irlash kerak. Bu kasallikning oldini olish uchun yarani birlamchi xirurgik ishlov berish etarli darajada o'tkazilishi lozim, hamda singan suyaklarni operatsiya usuli bilan davolashni bajarish kerak.

Ulug' Vatan urushi tajribasiga asosan travmatik osteomielit suyagiga o'q tekkan yaradorlarning 40 % kuzatilgan. Ochiq jaroxatning bunday og'ir turida suyak va uning atrofidagi yumshoq to'qimalar qattiq shikastlanadi. Bunday shiroitda yaraga yiring chaqiradigan va anaerob mikroblar ko'plab tushishi turgan gap. Jaroxatning birinchi xaftasi davomida yumshoq to'qimalarning yiringlashi kuzatiladi, so'ng yallig'lanish jarayoni suyakka o'tadi. Osteomielitning belgilari suyakda rentgen nurlari yordamida jaroxatdan keyin 3-4 xafta o'tgach ko'rinadi.

O'q tegish oqibatida vujudga kelgan osteomielitning surunkali ko'rinishi suyak sinig'i bitayotgan davrda paydo bo'ladi. Yumshoq to'qimalarda og'riq, shish bo'lishi kuzatiladi, yara sust bitadi, yaradan yiring bilan bir- birga suyakning kichik parchalari chiqa boshlaydi, uzoq bitmaydigan trofik paydo bo'ladi. Bu kasallikning oqibatlari: suyak qiyshayib ketadi, oyoq yoki qo'l qisqarib qoladi, suyak singan erida qalbaki bo'g'im (ложный сустав) hosil bo'ladi, atrofdagi mushaklar atrofiyaga uchraydi, ichki organlarda amiloidoz kuzatiladi.

Bu kasallikning oldini olish uchun quyidagilar tavsiya etiladi:

- yaraga mikroblar tushishining oldini olish;
- yaraga o'z vaqtida va etarli darajada birlamchi xirurgik ishlov berish;
- o'z vaqtida oyoq yoki qo'lni mahkamlab (taxtakachlab) qo'yish;
- yarani ikkilamchi ishlashni faqat kerak bo'lgan taqdirdagina o'tkazish;
- yara atrofidagi yiring to'plangan bo'shliqlarni ochib tashlash;
- o'z vaqtida kerakli antibiotiklarni va boshqa dori-darmonlarni qo'llash.

Bu kasallikni davolash uchun quyidagilar qilinadi:

- mufassal operatsiya usuli - chirigan to`qimalarni va suyak bo`laklarini olib tashlash;

- suyakdagi bo`shliqni tozalab yuvish va uni biologik tampon (charvi yoki mushak to`qimasi) bilan to`ldirish;

- kasallikning ko`rinishiga qarab suyakning bir qismini kesib tashlash, eng og`ir hollarda bemor hayotini saqlab qolish uchun oyoq (qo`l) ni kesib tashlash.

Operatsiyadan so`ng o`tkaziladigan davolash:

- jaroxatlangan a`zolariga osoyishtalik berish va mustahkamlash (immobilizatsiya);

- katta dozalarda antibiotiklar berish;

- qon, qon zardobi, gemodez quyish;

- baquvvat va vitamininga boy bo`lgan ovqatlar berish;

- fizioterapiya, shifobaxsh loy bilan davolash, davolash badan tarbiyasi.

Surunkali osteomielit. Klinik formalari, belgilari va davolash usullari.

Bu kasallik ko`pincha o`tkir yiringli osteomielitning davomi sifatida o`tadi, ba`zan mustaqil vujudga kelishi mumkin.

Klassifikatsiyasi:

- sekvestrli va oqma yarali formasi (ikkilamchi);

- surunkali albuminoz Olle osteomieliti;

- skleroz tipidagi Garre osteomieliti;

- Brodi absessi.

O`tkir osteomielitning surunkali davriga o`tishi, turli mualliflarda turlicha bo`lib o`rtacha 10 % dan 40 % gacha kuzatiladi. Bu kasallik o`tkir osteomielit boshlangandan so`ng 3 xaftadan 1,5 oygacha bo`lgan oraliqda vujudga keladi. Bu kasallikning belgilari quyidagilar: yiringli yara, suyakda sekvestrlar bo`lishi, kasallikni davr bilan o`tishi.

O`tkir jarayon surunkali o`tish davrida kasalning ahvoli bir oz yaxshilanadi, badan jaroxati pasayadi, qonning ko`rinishi asliga qaytadi, faqat eritrotsitlarning cho`kish tezligi yuqori bo`ladi. Kasalni jaroxatlangan joyidagi kuchsiz og`riq va yaradan yiring chiqishigina bezovta qiladi. Ba`zan yiring bilan mayda suyak bo`lakchalari ham chiqadi, yiringli yara yopilib qolishi ham mumkin. Vaqt o`tishi bilan u yara yana ochiladi. Kasallikning asosida mikroob tushgan suyakdagi

yallig'lanish jarayoni va hosil bo'lgan sekvestrlar ham yotadi. Rentgenogramma suyak ustki pardasi qalinlashadi. Sekvestrlar ko'rinadi.

Davolash. Yiringli yarani ochib, chirigan to'qimalar va sekvestrlar olib tashlanadi. bo'shliq biologik tamponada qilinadi. Yara tikilib oyoq yoki qo'l gips longetasi bilan mahkamlanadi.

Surunkali osteomielitning albuminozli - Olle formasi.

Bu forma yaraga tushgan mikrobnig kasal chaqirish xususiyati kam bo'lib organizmning qarshilik ko'rsatishi kuchli bo'lgan taqdirda vujudga keladi. Bu formani stafilokokk, streptokokk va pnevmokokklar chaqirishi mumkin. Bunda oqsilning tarkibiga kiruvchi albuminlarga boy bo'lgan suyuqlik jaroxat o'chog'ida ko'p bo'lib, u erda yiring hosil bo'lmaydi va yallig'lanish jarayoni boshlanish davridayoq to'xtab qoladi. Bu suyuqlik suyak bilan uning ustki pardasi orasida va atrofdagi yumshoq to'qimalarda to'planadi (rasm 52).

Suyak ustki pardasi suyakdan ajrab suyakning tashqi qavatida mayda sekvestrlar hosil bo'ladi. Bemorlar infeksiya tushgan erdagi doimiy og'riqqa shikoyat qiladilar. Ko'pincha bu og'riq sonda bo'ladi. so'ngra atrofida shish paydo bo'ladi, teri bir oz qizaradi, rentgen tasvirlarida suyakning tashqi tomonida kichik bo'shliklar hosil bo'lib, suyak ustki pardasi ko'tarilgani ko'rinadi.



Rasm 52. Olle osteomieliti.

Davolash. Suyak atrofida punksiya qilib tiniq suyuqlik olinadi, so'ng to'qimalar kesilib, infeksiya makoni ochilib, suyak ustki chirik

to'qimalardan tozalanadi va yaraga dokali tampon qo'yiladi. Operatsiyadan keyingi davrda oyoq yoki qo'l taxtakachlab mahkam bog'lab qo'yiladi, antibiotiklar va organizm kuchini oshiradigan dori-darmonlar beriladi.

Skleroz tipidagi Garre osteomieliti. Son va boldir suyaklarning diafizlarida vujudga keladi. Kasallangan suyakning tashqi va ichki devorlari qalinlashadi, ularga oxak tuzlari o'tirib qoladi. Atrofdagi terida o'zgarishlar sezilmaydi. SHuning uchun ham ba'zan bu kasallik suyak ustki pardasining sarkomasini eslatadi. Suyakda chirish, oqma yaralar, bo'shliklar hosil bo'lmaydi, aksincha suyak qalinlashadi (suyak sklerozi) (rasm 53).

Atrofdagi limfa va qon tomirlari torayib, ichi bo'shab koladi. Bu kasallik odatda yomon oqibatlar bermasdan surunkali davom etadi, buning sababi yaraga tushgan mikroblarning kasallik chaqirish xususiyatining sustligidir. Kasallik xam unchalik rivojlanmagan, bilinar - bilinmas belgilar bilan (kuchsiz og'riq biroz badan xaroratining ko'tarilishi oyoq funksiyasining salgina o'zgarishi).

Rentgenogrammada: suyak diafiz qismining qalinlashish va u erda mayda sekvestrlar paydo bo'lishi kuzatiladi. Suyak tuzilishini ajratib bo'lmaydi: Ilik kanali torayib, ba'zan butunlay yopilib qolishi mumkin.



Rasm 53. Skleroz tipidagi Garre osteomieliti.

Davolash: fizioterapiya, shifobaxsh loy, suyakni uzunasiga kesib tashlash tavsiya etiladi. Operatsiya vaqtida suyak to'qimasining haddan oshiq qotib ketganligi seziladi. Gistologik tekshirish davrida suyakda distrofik o'zgarishlar va suyak to'qimasining fibroz to'qimasi bilan almashgani kuzatiladi.

Brodi absessi - atipik formadagi birlamchi surunkali osteomielitlar guruhiga kiradi. Bunda suyakning ko'mik qismida, ko'pincha metafizda cheklangan kichik yiringli bo'shliqlar yuzaga keladi. Ko'pincha bu kasallik, ba'zan tirsak va to'pik bo'g'imlarini hosil qiluvchi suyaklarda uchraydi. Yiringli bo'shlik suyakning tashqi qavatining ostida joylashadi.

Dastavval infeksiya tushgan ko'mik qismida yallig'lanish boshlanib so'ng qattiq qobikli yiringli bo'shliqlar paydo bo'ladi. Brodi absessining belgilari ko'pincha sezilmaydi, ba'zan bemorlar oyoq yoki qo'lda tunda kuchayadigan og'riqqa shikoyat qiladilar. Kasallikni aniqlash uchun rentgen yordamida tekshirish qo'l keladi (rasm 54).



Rasm 54. Brodi absessi.

Davolash. Operatsiya usuli qo'llanilib, suyak yiringli bo'shlig'ining devori teshilib, yiring chiqarib tashlanadi, suyak qirib tozalangandan keyin biologik tamponda qo'llaniladi, yara tikiladi, oyoq (yoki qo'l) mahkamlab bog'landi (gipsli immobilizatsiya).

O'TKIR SPETSIFIK XIRURGIK INFEKSIYA.

QOQSHOL

Qoqshol – o'tkir spetsifik infeksiyon kasallik bo'lib, organizmga qoqshol tayoqchasi ekzotoksinining ta'siri natijasida nerv sistemasining zararlanishi bilan kechadi, ko'ndalang targ'il mushaklarning tonik va klonik qisqarishi bilan namoyon bo'ladi. Bu kasallik Gippokrat zamonasidan ma'lum bo'lib, uning o'g'li ham shu kasallik qurboni bo'lgan.

Etiologiyasi va patogenezi. Odam va hayvonlarda qoqsholning qo'zg'atuvchisi ekzotoksin ishlab chikaradigan, gramm-musbat, sporogen tayokcha *Clostridium tetani* hisoblanadi. Qoqshol tayokchasi hayvonlar (qo'ylar, sigirlar va boshqalar) va odam ichagida saprofit sifatida yashaydi (parenteral yo'l bilan tushganida patogen hisoblanadi). Hayvonlarning chiqindilari bilan erga tushganida qoqshol tayoqchasi uzoq vaqtgacha shu muhitda saqlanishi mumkin. Chang bilan klostridiylar odam terisiga, kiyimlari va atrof buyumlariga tushishi mumkin. Shu sababli infitsirlanish nuqtai nazaridan mayda tirnalishlar va shilingan jaroxatlar xavfli sanaladi.

Qoqshol asosan harbiy urush davrlarida, ayniqsa o'q otar qurol bilan jaroxatlanishda ko'proq uchraydi. Ulug' Vatan urushi davrida qoqshol 10 000 yaradorlarga 6-7 kasallik kuzatilgan. Tinchlik davrlarida qoqshol ko'pincha (80% hollarda) qishloq joylarida – 10 000 aholiga 0.1 qoqshol bilan bemor to'g'ri keladi. Ayniksa 50% holatlarda qoqshol 14 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi. 80% holatlarda kasallik arzimagan maishiy shikastlanishlardan keyin kuzatiladi, chunki bundan bemorlar tibbiy yordam uchun shifokorga murojaat qilishni lozim ko'rishmaydi.

Inkubatsion davri 4 kundan 14 kungacha. Qoqsholning kechki turlari ham uchraydi (juda kam hollarda 1-5 oydan keyin ham uchrayverishi mumkin). Inkubatsion davri qanchalik qisqa bo'lsa, kasallik shuncha xavfli, klinik kechishi va oqibati og'ir bo'ladi. Kechki qoqsholda kasallik nisbatan engilroq kechadi.

Qoqshol tayoqchasi organizmga parenteral yo'l bilan tushganida kirish darvozalari sohasida saqlanib qoladi va shu erda zo'r berib ko'payaveradi.

Cl. tetani ning ekzotoksini o'zida tetanospazmin va tetanogemolizin saqlaydi va ular so'rilganida kasallikning manzarasi rivojlanadi.

Tetanospazmin nerv tizimiga ta'sir qilib o'ziga xos bo'lgan mushak-larning tonik va klonik qisqarishiga sabab bo'ladi. Tetanogemolizin esa eritrotsitlarni parchalaydi.

Toksinlar perinevral va endonevral yo'llar bilan, limfatik yo'llar orqali markaziy yo'nalishda, periferiyadan orqa va uzunchoq miyaning xarakatlantiruvchi markazlari tomon harakatlanadi. Bir vaqtning o'zida ham markaziy, ham periferik nerv tizimiga zaharli ta'sir ko'rsatadi va ularning reflektor qo'zg'alishiga olib keladi. Ba'zan esa zaxarlar gematogen yo'l bilan tarqaladi. Kasallikning rivojlanishiga kirish darvozalari sohasidagi nekrotik to'qimalar, yot jismlar va yiringli cho'ntakchalar turtki bo'ladi.

- Qoqsholning tasnifi:

Kirish darvozalariga ko'ra:

1. Jaroxatdan keyingi;
2. Kuyishdan keyingi;
3. In'eksiyadan keyingi;
4. Operatsiyadan keyingi;
5. Tug'riqdan keyingi;
6. Chaqaloqlar qoqsholi.

Tarqalishi va joylashuviga ko'ra:

1. Umumiy yoki generalizatsiyalashgan;
2. Oyoq - qo'llar qoqsholi;
3. Bosh qoqsholi;
4. Tana qoqsholi;
5. Aralash joylashgan qoqshol.

Mahalliy qoqshol engil kechishi bilan ajralib turadi va jaroxatlar sohasida ko'proq namoyon bo'ladi. Tetanospazminning orqa miya harakat markazlariga bir tekis ta'sir qilmasligi natijasida mahalliy tut-qanoqlar paydo bo'ladi.

Klinik kechishiga ko'ra:

- 1) Keskin kechuvchi o'tkir qoqshol;
- 2) Surunkali qoqshol;
- 3) Keskin ifodalangan qoqshol;
- 4) Yashirin qoqshol.

Og'irlik darajasiga ko'ra:

1. Engil turi;
2. O'rta og'irlikdagi turi;
3. O'ta og'ir turi.

Qoqsholning klinik manzarasi. Prodromal davrda bosh og'rishi, umumiy holsizlik, ko'p terlash, noanik og'riqlar va jaroxat atrofidagi mushaklarning engilgina tortishishlari, chaynov mushaklarining tezda charchab qolishi kuzatiladi. Kasallikning asosiy simptomi skelet mushaklarining tonik va klonik qisqarishlari hisoblanadi. Tonik qisqarishlar uzoq vaqt qisqarishlar bilan namoyon bo'lsa, klonik qisqarishlar esa mushaklar qisqarish va bo'shashishlarining almashinib turishi bilan namoyon bo'ladi.

Kasallik birdaniga boshlanadi. Chaynov va yuz mushaklarining tirishishi bilan boshlanib, ensa mushaklarida rigidlik paydo bo'ladi. Jag' mushaklarining tonik qisqarishi - trizm tufayli bemor og'zini ochi olmaydi. Mimika mushaklarining spastik qisqarishi natijasida o'ziga xos "so'lg'in qo'lgu" – sardonik qo'lgu paydo bo'ladi. Peshona va lunjlarida chuqur ajinlar – facies tetanica paydo bo'ladi.

- **Sardonik kulgudagi bemorning ko'rinishi:**

Peshona, burun qirrasi va og'iz burchagi mushaklari taranglashgan, yuzi so'lg'in azoblangan ko'rinishda. Bo'yinning to'sh-o'mrov-so'rg'ich va teri osti mushaklari ham taranglashgan. Bu qoqsholning og'ir turi ekanligidan dalolat beradi.



Rasm 55. Opisthotonus holati.

Mushaklar qisqarishlari tezda bo'yin, tana va oyoq qo'llarga ham tarqaladi. Tutqanoq xurujlari birin ketin takrorlanadi va qisqargan mushaklarda keskin og'riqlar bilan namoyon bo'ladi.

Mushaklarning keskin ko'zg'aluvchanligi oshgan bo'lib, arzimagan ta'sirlardan ham (ovoz, yorug'lik nuri, teginish) qisqarishi mumkin. Skelet mushaklarining tonik qisqarishlaridan bemorning o'ziga xos holati rivojlanadi: bemor choyshabga faqat tovon va ensa sohalari bilan tegib turadi, tanasi esa yoysimon ko'rinishda yuqoriga ko'tarilgan bo'ladi. Bemorning bu holati opistotonus deyiladi (rasm 55).

Mushaklarning qisqarishlari bemorlarning tezda holdan toyishiga olib keladi. Mushaklar qisqarishlarning oralig'ida ham mushaklarning bo'shashishi kuzatilmasdan, balki ularning taranglashuvi ko'zga tashlanadi.

Boshlanishida mushaklarning qisqarishlari qisqacha, bo'lib bir necha minutgacha davom etadi, lekin vaqt o'tishi bilan bu qisqarishlarning davomiyligi uzayib boraveradi. Ba'zan mushaklarning qisqarishlari shu darajada keskin bo'lishi mumkinki bunda mushaklar uzilib, suyaklar sinib, umurtqa suyaklari tanasining kompression sinishigacha borib etadi. Agar qisqarishlar nafas mushaklarigacha tarqalsa, bemorning nafasi buzilib asfiksiya ro'y beradi va bemorning o'limiga sabab bo'lishi mumkin.

Ko'rsatib o'tilgan asoratlardan (asfiksiya, mushaklarning uzilishi, suyaklarning sinishi) tashqari o'pka atelektazi va aspiratsion pnevmoniya, yiringli traxeit va traxeobronxitlar rivojlanishi mumkin.

Odatda bemorlarning xushi saqlangan bo'lib, tezda tana harorati ko'tarila boshlaydi, taxikardiya kuchayadi. Keskin terlash, ichak va siydik tutilishi kuzatiladi. Kasallikning yashin tezligidagi turlarida esa kasallikning 1-2 sutkalarida mushaklar qisqarishining cho'qqisida o'lim sodir bo'ladi.

Ba'zi hollarda qoqsholning kechki turlari retsidiv kuzatiladi. Bu holatlar mudrab yotgan infeksiyaning faollashuvi tufayli yuz beradi. Bunda sekin astalik bilan holsizlik rivojlanadi va mushaklar taranglasha boradi. Bemorlarning tana xarorati subfebril yoki me'yorida bo'lishi mumkin. Odatda kasallik bir necha hafta yoki oylab davom etishi mumkin va sog'ayish bilan tugaydi.

Differensial tashxisi: Tipik holatlarda diagnoz qo'yish qiyinchiliklar tug'dirmaydi, shunga qaramasdan 15% holatlarda diagnostik xatolar kuzatiladi. Birinchi navbatda malyariya, meningit, ensefalitga o'xshagan kasalliklarni inkor qilish zarur. Kasallikni bosh

miya shikastlaridan, kalla suyagi asosining sinishidan, quturishdan, isteriyadan va strixnindan zaxarlanishdan farqlab olish zarur.

Qoqsholni davolash:

1. Qoqshol ekzotoksinini neytrallash va jaroxatni taftish qilish.
2. Mushaklarning tonik va klonik qisqarishlar bilan kurashish.
3. O'pkaning samarali ventilyasiyasini ta'minlash.
4. Umumiy quvvatlantiruvchi va simptomatik davo.
5. Ikkilamchi infeksiyani va asoratlarni oldini olish.

Davolashni shikastlanishning muddatiga qaramasdan jaroxatni taftish qilishdan boshlash zarur. Bo'shlig'ida yot jismlar (kiyim bo'laklari, metall parchalari, zirapchalar) saqlovchi jaroxatlar ayniqsa xafli hisoblanadi. Jaroxatlarni keng qilib ochish, yot jismlarni olib tashlash va yiring oqib chiqishini ta'minlash zarur. Operatsiyadan keyin esa gipertonik eritmalar bilan bog'lamlar qo'yish kerak.

Tashxis qo'yilishi bilanoq katta dozada qoqsholga qarshi zardob (kattalarga sutkasiga 100 000-150 000 AE, bolalarga 20 000-80 000 AE, chaqaloqlarga esa 10 000 - 20 000 AE) yuboriladi. Zardobni mushak orasiga Bezredka usulida yuboriladi. Og'ir holatlarda esa qoqsholga qarshi zardobni tomir ichiga natriy xloridning izotonik eritmasida 1:5 nisbatda eritilgan holda yuboriladi. Qoqsholga qarshi zardobni 2-3 sutka davomida, har yuborganda 50 000 AE ga asta sekinlik bilan kamaytirib boriladi.

Qoqsholga qarshi zardobning umumiy dozasi kattalar uchun 200 000-350 000 AE gacha etadi. Bu doza esa organizmni antitoksin bilan etarli darajada to'yintiradi va davolash jarayonida uzoq vaqt davomida qonda erkin aylanib yuruvchi toksinlarni neytrallash uchun zarur himoya bo'lib xizmat qiladi; kech muddatlarda esa zardob yuborishga hech qanday zaruriyat qolmaydi.

Qoqsholni davolashda kasallikni qo'zg'atuvchisiga bakteriostatik ta'sir ko'rsatuvchi GBO alohida ahamiyat kasb etadi. Jaroxatga xirurgik ishlov berishdan oldin va keyin 2-3 at (294,2 kPa) rejimda GBO o'tkazish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Mushaklarning kuchayib boruvchi klonik va tonik qisqarishlari bilan kurashish maqsadida narkotik va neyroleptik vositalar ishlatiladi, shu jumladan mushaklarni bo'shashtiruvchi kuraresimon miorelaksant vositalar ham buyuriladi.

Narkotik analgetiklar (morfin, paromedol 1-2% 1 ml dan), barbituratlar (geksenal, tiopental) ishlatiladi.

Mushaklar qisqarishlarini (tutqanoq) bartaraf qilish uchun 25% magniy sulfat eritmasi mushak orasiga 20-30 ml dan barbituratlar bilan kombinatsiyada in`eksiya qilinadi. Vena ichiga sibazon (diazepam, seduksen, relanium) kattalarga 10-30 mg dozada, bolalarga esa 2-10 mg qilinadi va keyinchalik mushak orasiga yuborishga o`tiladi.

Oxirgi yillarda mushaklar qisqarishlari bilan kurashda neyroleptik vositalar asosiy o`rinlarni egallamokda. Ko`pincha tinchlantiruvchi, analgetik, smazmolitik, antigistamin va ganglioblokator samaralardan foydalanilmoqda va 3 ml 1% li dimedrol (eritmada 4-5 ml dan sutkasiga 4-6 marta yuboriladi). SHu jumladan neyroleptik aralashmalar: 1-2 ml 2,5% li aminazin eritmasi, 3 ml 1% li dimedrol yoki 5-10 ml 0,5% li pipolfen va 2 ml 1% li promedol eritmalari sutkasiga 5-6 martadan ishlatiladi).

Kuraresimon vositalarda tutqanoqqa qarshi ta'sir kuchli ifodalangan. Mushaklar qisqarishi nafas mushaklariga tarqalgan va asfiksiya xavfi tug`ilgan holatlarda qisqa ta'sir vaqtiga ega bo`lgan relaksantlar (1% li ditilin eritmasi, 2% li listenon eritmasi, miorelaksin 3-5 ml dozada ishlatiladi) yoki uzoq ta'sir qiluvchi (2% li diplatsin eritmasi, tubokurarin, pirolakson, pavulon, dioksoniy, arduanlar 3-5 ml dozada) ishlatiladi. Sanab o`tilgan vositalar faqatgina sun'iy nafas oldirish apparatlari bo`lgan holatlardagina ishlatiladi. Sun'iy nafas oldirishda miorelaksantlar fraksion usulda 10-14 sutka davomida ishlatiladi.

Sun'iy nafas oldirish (SNO) (IVL) – qoqshol bilan kasallangan bemorlarning asosiy davolash usullaridan biri hisoblanadi. Og`ir qoqshol holatlarida traxeotomiya kilib traxeostoma qo`yiladi (shishiriladigan rezina obturatorli traxeostomik kanyula ishlatiladi, chunki intubatsion naychanning uzoq vaqt turishi shish chaqiradi va nekrotik traxeobronxit rivojlanishiga sabab bo`lib, nafas yo`llarini sanatsiya qilishni qiyinlashtiradi). SNO (IVL) avtomatik respiratorlar yordamida amalga oshiriladi.

Organizm reaktivligini oshirish uchun yuqori kalloriyali ovqatlar, vitaminlar, ko`p miqdorda suyuqliklar quyish lozim. Trizm va tutqanoq holatlarida bemorlar hatto suyuq ovqatlarini ham yuta

olmaydigan darajaga yotgan bo'lsa burun orqali oshqozonga zond qo'yib enteral ovqatlantirish yo'lga qo'yiladi. Zaruriyatga qarab yurak qon tomir va simptomatik davo qo'llaniladi.

Ikkilamchi asoratlari bilan kurashish maqsadida antibiotiklar va antiseptik vositalar, jaroxatga ikkilamchi xirurgik ishlov berish va GBO qo'llaniladi.

Profilaktikasi: Qoqsholni eng samarali profilaktikasi qoqsholga qarshi anatoksin bilan faol emlashdan iborat. Qoqsholning oldini olishga qaratilgan chora tadbirlar instruksiyasi O'zbekiston Respublikasi SSV ning maxsus buyrug'ida ko'rsatilgan. Bu instruksiyaga ko'ra qoqsholdan himoya qilish bolalikdan boshlanib, AKDS (adsorbirovannaya koklyushno-difteriyno-stolbnyachnaya) va ADS-M (adsorbirovannaya difteriyno-stolbnyachnaya) vaksinalari va kattalarni qoqshol anatoksini (AS-anatoksin) bilan emlanadi.

Emlashning to'la kursi o'tilganidan keyin organizm anatoksinni qayta yuborilishiga tezda antitelalar ishlab chiqarish hususiyatiga ega bo'ladi. Faol emlashning to'la kursi birlamchi vaksinatsiya va revaksinatsiyani o'z ichiga oladi. Qoqsholga qarshi immunitetni etarli darajada saqlab turish uchun kattalarda 10 yil oralatib davriy ravishda qoqshol anatoksini bir martalik in'eksiya qilish bilan revaksinatsiya o'tkaziladi.

Shoshilinch profilaktikasi: to'qimalarning shikastlanishlarida (jaroxatlarda, kuyishlarda, sovuq urishlarida), kasalxonadan tashqaridagi abortlarda, to'qimalar gangrenalarida va oshqozon ichak traktining teshib kiruvchi shikastlarida amalga oshiriladi. Shoshilinch profilaktikani jaroxatga birlamchi jarrohlik ishlovi berishdan boshlanadi va u nospetsifik profilaktika deyiladi, bu esa maxsus (spetsifik) profilaktika bilan to'ldiriladi.

Qoqshol shoshilinch profilaktikasining shart sharoitlari va texnikasi:

1 ml qoqshol anatoksini mushak orasiga yuboriladi va boshqa shprints bilan mushak orasiga 250 ME qoqsholga qarshi odam immunoglobulini (QQOI) yuboriladi. QQOI yo'q bo'lgan holatlarda giperimmunizatsiyalashtirilgan otlar qonidan tayyorlangan 3000 ME qoqsholga qarshi zardob QQZ (PSS) yuboriladi.

QQZ (PSS) yuborilishi oldidan albatta 1:100 nisbatda suyultirilgan ot zardob bilan teri ichi sinamasi qo'yiladi.

Suyultirilgan zardobdan 0,1 teri ichiga yuboriladi va reaksiya holati 20 minutdan keyin baxolanadi. Agarda zardob yuborilgan joyda shish yoki teri giperemiyasining diametri 1 sm dan kam bo'lsa sinama salbiy (otritsatelnaya) hisoblanadi.

Asoratlarni (anafilaktik shok, zardob kasalligi) oldini olish maqsadida sinama manfiy bo'lgan holatlarda QQZ 0,1 ml miqdorda teri ostiga yuboriladi va 30 minutdan keyin qolgan dozasi yuboriladi.

Quyidagi shaxslarga qoqshol anatoksini faqatgina 0,5 ml miqdorda yuboriladi:

1) emlashni to'liq o'tganligini tasdiqlovchi xujjati bo'lsayu, oxirgi emlashdan keyin 10 yildan kam vaqt o'tgan bo'lsa.

2) oxirgi 5 yil davomida anatoksinning ikkita in'eksiyasini olgan bo'lsa yoki oxirgi 2 yil davomida bitta in'eksiya olgan bo'lsa.

Faol passiv profilaktikasini o'tgan barcha shaxslar keyinchalik yana 6 oydan 2 yilgacha bo'lgan muddatda 0,5 ml qoqshol anatoksini bilan revaksinatsiya o'tishlari shart.

To'la kursni o'tganlik haqida hujjati bo'lgan shaxslar agarda oxirgi emlashdan keyin 10 yildan kamroq vaqt o'tgan bo'lsa profilaktik maqsadda emlanmaydi.

Revaksinatsiyasiz faol passiv profilaktika o'tgan bemorlarga emlashdan keyin 20 kundan 2 yilgacha vaqt o'tgan bo'lsa faqatgina 0,5 ml AS yuboriladi xalos.

Qoqsholda haliyam o'lim darajasi yuqoriligicha qolmoqda va ba'zi mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra 20-30% gacha etadi, yaqin o'tmishlarda esa bu ko'rsatkich 40 - 60% ni tashkil qilar edi.

KUYDIRGI

Kuydirgi - o'tkir infeksiyon kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchisi teriga tushgan joyida yarali nekrotik zararlanish chaqirishi bilan va ba'zan esa jigar va ichaklarning zararlanishi va sepsis rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Qo'zg'atuvchisi - kuydirgi tayoqchasi bo'lib, xayvonlar yoki odam organizmida vegetativ shaklda, tashqi muxitda esa bir necha o'n yillar davomida tuproqda spora holatida saqlanadi.

Odatda kuydirgi bilan qo'ylar va qoramollar kasallanadi. Odamga hayvonlarning terisi, yungi va go'shti orqali yuqadi. Shu

sababli kuydirgidan o'lgan hayvonlar mukammal ravishda zararsizlantiriladi va yo'qotiladi.

Klinik ko'rinishi: Inkubatsion davri qisqa, 2-7 kun, lekin 12 kundan ortmaydi. Klinik jihatdan kuydirgining uch turi tafovut qilinadi: teri, o'pka va ichak (rasm 56).

Teri turi alohida ahamiyatga ega bo'lib kuydirgi karbunqo'li paydo bo'lishi bilan kechadi. Ko'pincha u infenksiyaga moyil bo'lgan joylarda qo'llarda, bo'yinda va bosh sohasida paydo bo'ladi.



Rasm 56. *Yuzda joylashgan kuydirgi.*

Ko'zg'atuvchi tushgan joyda ko'kimtir qizg'ish rangda pufakcha paydo bo'lib, uning atrofida to'qimalar shishadi. Pufakcha yorilganidan keyin yara qora rangli qattiq, qalin po'stloq (strup) bilan qoplanadi. Birlamchi pufakchanning atrofida yangi pustulalar paydo bo'lib, shish kuchayadi, regionar limfa tugunlar kattalashadi. Po'stloq (strup) ko'chib tushadi va uning o'rnida yara qoladi. Bir vaqtning o'zida biroz yiringli ajrilmali bir necha yaralar paydo bo'lishi mumkin. Bemorlarning umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli. Bakteriologik tekshirishlar natijasida kuydirgining qo'zg'atuvchisi aniqlanadi.

Ichak turi bilan zararlangan go'sht iste'mol qilinganida, o'pka turi bilan esa kuydirgi tayoqchasi sporalarining nafas (teri, mo'yna maxsulotlari korxonalarida) orqali tushishidan rivojlanadi. Ichak va o'pka turlari keskin umumiy buzilishlar bilan kechib, odatda o'lim bilan tugaydi.

Kuydirgi karbunkulini furunkuldan, o'lat bubonidan va kalamush tishlagan jaroxatidan (Sodoku) farqlay olish zarur.

Diagnostikasi: Tashxis qo'yish uchun bemorning kasbini bilish zarur. Tashxisni tasdiqlash uchun zararlanish o'chog'idan, septik holatlarda esa – qondan, balg'andan, va axlatdan kasallikning qo'zg'atuvchisi ajratib olinadi. Qishloq xo'jalik maxsulotlarida sporalar bor yoki yo'qligini aniqlash uchun termopretsipitatsiya reaksiyasi (Askoli reaksiyasi) o'tkaziladi. Diagnostikada antraksin bilan teri allergik sinamasini qo'yish muxim rol o'ynaydi.

Davolash: Ruxli, kseroformli yoki antibiotikli malham buyurish bilan konservativ davo o'tkaziladi. Ximoyaviy granulyasion val buzilib, kasallik tarqalib ketishi mumkinligi uchun operativ davo taqiqlanadi. Keng ta'sir doirali antibiotiklar, 50-150 ml maxsus zardoblar salvarsan bilan kombinatsiyada (0,6-1 vena ichiga ishlatiladi).

YARA DIFTERIYASI.

Oxirgi yillarda axoli o'rtasida difteriya bilan kasallanish ortib bormoqda. Jaroxatlarga Leffler tayyoqchalarining tushishi natijasida yara difteriyasi kelib chiqmoqda. Antiseptikagacha bo'lgan davrda xirurgik kasalliklarda yara difteriyasi ko'p uchragan (rasm 57).



Rasm 57. Bodomcha bezi difteriyasi.

Klinik manzarasi kasallikning boshlang'ich davrlarda bilinmaydi, bemorlarning ahvolidagi o'zgarishlar kuzatilmaydi. Biroq, granulyasiya jarayoni sust va och-sariq rangda bo'ladi. Jaroxatda po'stloqsimon karash xosil bo'lib, atrofdagi to'qima ko'k-qizil o'zgaradi. Kasallik avj olganda jaroxatda qalin och-yashil rangdagi

plyonka paydo bo'lishi kuzatiladi. Flegmonoz formalarida bu o'zgarishlar chuqur to'qimalargacha tarqaladi. Sovuq urushlarda 40% difteriya mikroorganizmlari ifloslangan jaroxatda uchraydi. Kasallik kechishi sust, sekin. Kasallikning uzoq vaqt davom etgan hollarida difteriya tayoqchasi ko'payib va uning toksinlari qonga o'tishi mumkin.

Davosi. Difteryaga qarshi zardob yuborish, jaroxatni ultrabinafsha nur bilan nurlash va antiseptiklar bilan ishlov berish qo'llaniladi.

BO'SHLIQLARNING O'TKIR YIRINGLI KASALLIKLARI

YIRINGLI O'TKIR PERITONIT

Yiringli o'tkir peritonit, ya'ni qorin pardasining yiringli yallig'lanishi, qorin bo'shlig'i organlarining turli tuman kasalliklari va shikastlanishlaridan keyin uchraydigan eng og'ir asoratlarning biridir. Anatomik jihatdan murakkab tuzilgan berk bo'shliqda yiringli jarayon tobora zo'rayib, intoksikatsiya tez kuchayib borishi, ichakning atoniyaga uchrashi va shular munosabati bilan gemodinamika hamda nafas izdan chiqib, metabolizm buzilishi yiringli peritonitga davo qilish masalasini juda ham qiyinlashtirib qo'yadi.

Umumjarroxlik texnikasi, og'riqsizlantirish, dori-darmonlar bilan davolash usullarining mukammallashganligi, hayot uchun muhim organlar funksiyasini jonlantirib, o'rniga keltirish malakasi oshganiga qaramasdan, yiringli peritonitga davo qilish muammosi butun jaxon jarroxlarining diqqat-e'tiborini astoydil jalb qilib kelmoqda. O'tkir peritonitda o'lim holarining birmuncha ko'p uchrashi bu muammoning Hozirgi kunda ham dolzarb bo'lib turganini tasdiqlaydi. Ko'pgina olimlarning ma'lumotlariga ko'ra o'lim hollari 10 foizdan 50 foizgacha boradi.

Peritonitlarning B. D. Savchuk (1979) tomonidan taklif etilgan quyidagi klassifikatsiyasi, fikrimizcha, klinika amaliyotida qo'llanish uchun hammadan ko'ra qulayroqdir:

I. Mahalliy peritonit:

a) chegaralangan xili - qorin bo'shlig'i bitta, ba'zida esa uchta-to'rtta anatomik sohasida ekssudat to'planib, yiringli jarayonning aniq chegaralanib qolishi;

b) chegaralanmagan xili, bu - qorin bo'shlig'idagi kamida ikkita anatomik sohasida ekssudat to'planib, bo'shliqning boshqa bo'limlaridan aniq cheklanmasdan, ajralmasdan turishi.

2. Tarqalgan peritonit:

a) diffuz xili, bu - qorin bo'shlig'ining ikkita, lekin ko'pi bilan beshta anatomik sohasini egallaydigan joyda ekssudat to'planishi.

b) tarqoq peritonit, bu - qorin bo'shlig'ining beshtadan ortiq anatomik sohasini egallaydigan joyida ekssudat to'planishi va ko'pincha butun qorin bo'shlig'iga tarqalib ketishi (rasm 58).



Rasm 58. Tarqalgan yiringli peritonit.

Ekssudatning tabiatiga qarab peritonit: seroz, seroz-yiringli, fibrinoz-yiringli, gemorragik, ixoroz, anaerob, siydik, safro, me'da osti bezi shirasi aralashgan, quruq xillarga bo'linadi.

Kelib chiqishiga ko'ra, kasallikning quyidagi xillari tafovut qilinadi:

Birlamchi peritonit - juda kamdan-kam uchraydi. Bunda infeksiya: a) gematogen, b) limfogen, v) kriptogen yo'l bilan va g) atrofdagi a'zo va to'qimalar absessi qorin bo'shlig'iga yorilganida o'tadi.

Ikkilamchi peritonit - qorin bo'shlig'i boshqa a'zolarining kasalliklari va shikastlanishlari tufayli paydo bo'ladi.

Peritonit ko'pchilik hollarda xar hil turdagi mikroblar tufayli paydo bo'ladigan, ya'ni polimikrob kasallikdir. Lekin bu kasallik

paydo bo'lishida ichak tayoqchasi guruhiga mansub mikroblar asosiy rolni o'ynaydi, biroq, vulgar proteylar va shartli patogen deb hisoblanadigan boshqa bakteriyalar, shuningdek anaeroblar ham tobora ko'proq rol o'ynaydigan bo'lib qoldi. Pnevmonokokklar va Kox tayoqchalari kamdan kam uchraydi.

Qorin pardasining anatomik-fiziologik xususiyatlari

Qorin pardasi ikki varaqdan: qalinligi 90-130 mkm keladigan parietal varaq va qalinligi 45-70 mkm keladigan visseral varaqdan iborat. Qorin bo'shlig'ida odatda bir necha tomchidan to 20 ml gacha seroz suyuqlik bo'ladi. Bu suyuqlik a'zolar yuzasini namlab turadi va ularning bir-biriga yopishib qolmasdan so'rilib turishiga yordam beradi. Qorin pardasining yuzasi katta - 1,3 kv. m. dan 3,0 kv. m. gacha boradi. Yuzasida bir nechta xaltumlar bo'lib turadigan joylar, qo'ltiqlar bo'ladi.

Qorin pardasi retseptorlari me'da-ichak yo'li organlarining xarakatini idora etishda qatnashadi. Boshqacha aytganda, bu organlar xarakatini jonlantirib turadigan kuchli mexanizmlar bilan bir qatorda keng tarmoqlanib ketgan nerv apparati ham bor.

Etiologiya va patogenez. Peritonit, ya'ni qorin pardasining yallig'lanishi deb shu pardaning o'zida bo'ladigan mahalliy o'zgarishlardan tashqarida, yiring zaxridan butun organizmda boshlanadigan og'ir reaksiya bilan birga davom etib boruvchi kasallikka aytiladi.

Juda ko'p hollarda qorin pardasining yiringli yallig'lanishi qorin bo'shlig'idagi qanday bo'lmasin biror a'zo yiringli kasalligining asorati tariqasida boshlanadi. Lekin ba'zi bemorlarda peritonitning birlamchi asl sababini xatto o'lgan bemor murdasini yorib ko'rganda ham topib bo'lmaydi. Bunday peritonit kriptogen peritonit deyiladi.

Peritonitga sabab bo'ladigan etiologik omillarning turli-tuman ekanligi, kasallik qo'zg'atuvchisining aksari xar hil bo'lishi, patofiziologik va patoanatomik o'zgarishlarning turlicha ifodalanishi, shuningdek kasallikning klinik jihatdan xar hil ko'rinishda o'tishi hisobga olinadigan bo'lsa, bu dardni polietiologik, ya'ni ko'p sabablarga aloqador kasallik deb o'ylash mumkin bo'ladi.

Peritonit patogenezida mikroblar omili organizm gomeostazida bir qancha o'zgarishlar avj olib borishini boshlab beruvchi mexanizm

rolini o'ynaydi. Ekssudatda bo'ladigan bakteriotsid moddalarning ta'siri ostida xalok bo'lib, emiriladigan grammanfiy bakteriyalardan ko'plab ajralib chiquvchi endotoksinlarning muhim ahamiyati bor deb hisoblanadi. Endotoksinlar bemor organizmi to'qimalarining parchalanishi natijasida hosil bo'ladigan toksinlar bilan aralashib, qorin bo'shlig'idagi ekssudatni zaxarli moddalar bilan to'lib-toshib ketgan holga keltiradi. Bular qonga so'rilib, organizmning zaxarlanishiga, intoksikatsiyaga olib keladi.

Endotoksinlar ta'siri ostida ajralib chiqadigan katexolaminlar, gistaminlar, kortikoidlar parenximatoz organlarning og'ir darajada zararlanishiga, chuqur gemodinamik o'zgarishlar boshlanishiga, oqsillar, suv-tuzlar almashinuvi va kislota-ishqoriy muvozanatning ancha izdan chiqishiga sabab bo'ladi.

Gumoral moddalar yoki tormozlovchi nervlar ta'siri ostida me'da-ichak yo'li nerv-muskul apparatining shikastlanishi, shuningdek yallig'lanish jarayoni avjiga chiqib turgan paytda ichak devorida mikrotsirkulyasiyaning buzilishi tufayli ichakda atoniya boshlanib, u falaj bo'lib qoladi. Kasallikning eng boshidayoq ichak parezi boshlanib, ichak qovuzloqlarining eniga kengayib ketishiga olib keladi, bu ichak devoridagi mexanoretseptorlarning ta'sirlanishiga sabab bo'ladi. Bunga javoban xazm yo'llarining xarakati, ya'ni motor faoliyati yanada ko'proq susayadi. Xazm sistemasining falajlanib qolishi undagi ovqat massalarining dimlanib, turib qolishiga, keyin bijgishiga olib keladi, bu organizmning zaxarlanishini kuchaytiradi.

Shunday qilib, birin-ketin boshlanadigan bir qancha patologik o'zgarishlar va yallig'lanish jarayonlari zo'rayib borgan sayin bularga qo'shilib boraveradigan ta'sirlovchi omillar butun organizmda ham, xazm sistemasining funksiyalarida ham dardni yanada zuraytiradigan illatlarga sabab bo'ladi.

Shu munosabat bilan Yu. M. Galperin (1975) fikriga qaraganda, o'tkir peritonit vaqtida bemorning o'limiga ichak falaji sabab bo'lmay, balki enterergiya sabab bo'ladi.

Klinikasi. Peritonitning eng xarakterli alomatlari quyidagilardir:

- a) bemor ahvolining og'ir bo'lishi.
- b) majburiy holatda yotishi.

v) ko'zlari ich-ichiga tortib, yuzi chaqaq-chaqaq bo'lib qoladi, azob chekayotgani chehrasidan bilinib turadi (Gippokrat yuzi).

g) badan terisi va ko'zlarining oqi sarg'ish tusga kiradi, bu og'ir intoksikatsiya boshlanganini ko'rsatadi.

d) qorinda og'riq bo'ladi, og'riq o'z tabiatiga ko'ra somatik va visseral bo'lishi mumkin.

e) bemor ko'ngli aynib, qayt qilib turadi, qayt qilish kasallikning boshida tabiatan reflektor bo'ladi, yallig'lanish jarayoni qorin bo'shlig'iga tarqalib borgan sayin u xazm sistemasining falajlanayotganiga aloqador bo'lib qoladi.

j) ich yurishmay, el kelmay to'planib qorin damlanib boradi, ayrim hollarda ichi yurmay turadi.

z) reflektor taxikardiya boshlanadi, ba'zan bradikardiya bo'ladi (kasallikning dastlabki davrida, me'da va o'n ikki barmoqli ichak yarasi teshilib yuzaga chiqqan peritonitda).

i) til quruq bo'lib, cho'tkaga o'xshab qoladi.

k) tana xarorati 38-40 ° S gacha ko'tariladi, ammo kasallikning so'ngi bosqichida pasayib qoladi.

l) bemorning qorni ichiga tortilib, taxtadek qattiq bo'lib turadi. kasallikning bir muncha keyingi bosqichlarida esa, ichak parezi tufayli dam bo'lib ketadi, nafas aktida passiv ravishda ishtirok etadi yoki mutlaqo ishtirok etmaydi.

Qorin pardasining parietal varag'i yallig'lanish jarayoniga qo'shilib ketganidan darak beradigan SHetkin-Blyumberg belgisi musbat bo'lib chiqadi. Qorin perkussiya qilib ko'rilganda, jigar tepasidan chiqadigan bug'iq ovoz yo'qolib ketadi, bu qorin bo'shlig'ida ekssudat yoki erkin gaz to'planib qolganidan darak beradi. Auskultatsiyada peristaltika shovqinlarining eshitilmasligi ichakning falajlanganligini ko'rsatadi.

Qorin pardasi chanoq qismining bezillab turishi, shuningdek to'g'ri ichak orqali tekshirish mahalida bu ichak devorlaridan birining do'mbayib turgani kichik chanoqda infiltrat yoki ekssudat borligiga ishora qiladi.

Yiringli o'tkir peritonitning avj olib borishida uch bosqich tafovut etiladi:

1. Reaktiv bosqichi (dastlabki 24 soatni o'z ichiga oladi yoki kovak a'zolar yorilgan bo'lsa, 12 soat davom etadi) - bu bosqichda

kasallikning mahalliy alomatlari: keskin ifodalangan og'riq sindromi, qorin mushaklarining taranglashishi, taxikardiya, qon bosimining ko'tarilishi, nafas tezlashuvi, bemorning betoqatlanishi kuzatiladi. Leykotsitoz boshlanib, leykoformula chapga suriladi.

2. Peritonitning toksik bosqichi (24-72 soat, organlar teshilganda 24 soat) - kasallikning mahalliy alomatlari bosilib, intoksikatsiya boshlanadi: bemor ko'zlari kirtayib, rangi oqarib, gohida eyforiya holatiga tushadi. Qon bosimi pasayib, puls 120 dan oshiq bo'ladi, bemor qusib turadi, tana xarorati gektik, leykotsitoz, neytrofilez kuchayib boradi. Muskullar tarangligi susayib, peristaltika yo'qoladi, meteorizm kuchayib boradi.

3. Terminal bosqich (72 soatdan keyin, a'zolar teshilganda 24 soatdan keyin) - bemorda chuqur intoksikatsiya, gipovolemiya, poliorgan etishmovchilik rivojlanadi: yuzi «Gippokrat yuzi» qiyofasida, holdan toygan, es-xushi aynigan, deliriy holati, ko'p qusish, yurak-nafas faoliyatining izdan chiqishi, kuchli neytrofilyoz, bakteremiya kuzatiladi. Ichak peristaltikasi butunlay yo'qoladi.

Gemodinamikaning o'zgarishi yiringli peritonit klinikasida muhim o'rinni egallaydi va yurak-qon tomir etishmovchiligi, nafas etishmovchiligiga asosiy sabab bo'ladi. Peritonit hisobiga tomirlar uzanidan qorin bo'shlig'i va ichakka ko'plab suyuqlik diffuziyalanib chiqishi natijada kuniga organizm 6-10 l suyuqlik yo'qotishi mumkin, Buning natijasida organizm elektrolitlar, proteinlar, faol fermentlar yo'qotib, metabolizmning buzilishiga, qon xajmining kamayishiga, gemodinamikaning o'zgarilishiga olib keladi. Kasallik zo'rayib borgan sari yurak-qon tomirlar sistemasining funksional rezervlari tamomila qonuniy ravishda tugab boradi, shuning natijasida yurak ishi ko'rsatkichlari - yurak zarbi va minutlik xajmi kamayib, qon oqimining umumiy tezligi pasayib, qon aylanishi samaradorligi kamayib qoladi. Yiringli og'ir kasalliklar almashinuv jarayonlarining ancha kuchayishi va katabolik jarayonlar kuchayib borishi bilan birga davom etadi va bu organizm energetik ehtiyojlari ancha ortib ketishiga olib keladi. Peritonitda oqsillar almashinuvi miqdoriy o'zgarishlarga uchrashini shu masalani o'rganib chiqqan olimlarning hammasi e'tirof etib, sezilarli gipoproteinemiya boshlanishi va oqsillar sarfining keskin ko'payib ketishini bunga dalil qilib keltirishadi. Yiringli peritonitda

oqsillar almashinuvida sifat o'zgarishlari ham ro'y beradi. Avvalo, gipoalbuminemiya diqqatni o'ziga jalb etadi, bundagi gipoalbuminemiya tabiatan absolyut bo'ladi, chunki qon plazmasidagi protein miqdori umuman kamayib ketgan mahallarda kuzatiladi.

Yiringli peritonitda minerallar almashinuvi ham sezilarli darajada izdan chiqib, organizmdagi suv-elektrolitlar muvozanati buziladi. Yiringli peritonitda ayniqsa, kaliy miqdorining kamayishi yaqqol ko'zga tashlanadi.

Patologik o'zgarishlar munosabati bilan kaliy yo'qolib turishining organizm uchun qanday yomon oqibatlarga olib kelishi mumkinligini ta'kidlab o'tishga xojat bo'lmasa kerak. Bularga miokard faoliyatining buzilishi, nerv o'tkazuvchanligi shikastlanishi va ichak faoliyatinnng buzilishlari kiradi. Yiringli peritonitda natriy elementining ushlanib qolishi kuzatiladi. Natriyning ogranizmda ushlanib qolishi buyrak usti bezlarining mineralokortikoid funksiyasi kuchayishi bilan bog'liqdir. Yiringli peritonit organizmda kislota ishqoriy muvozanatning buzilishiga sabab bulishi mumkin. Bu bemorlarda kasallik oxirlariga kelib ko'proq atsidoz holati kuzatiladi. Bemor organizmida bo'ladigan bu suv-elektrolit, kislota-ishqoriy muvozanatning buzilishlari, oqsil modda almashinuvi buzilishlari bemor ahvoli og'irligini belgilaydi va bu kasallikni davolash uchun yuqoridagi ko'rsatilgan o'zgarishlarni hisobga olgan holda davo o'tkazishni taqozo etadi.

Diagnostikasi. Peritonitli bemorlarni tekshirish muntazam, xar tomonlama bo'lishi va kasallik anamnezini, bemor shikoyatlarini, ko'zdan kechiruv, palpatsiya, auskultatsiya va perkussiya natijalarini, shuningdek klinik-bioximik analizlar ma'lumotlarini o'rganib chiqishni o'z ichiga olishi kerak.

Qorin parda yallig'lanishini ko'rsatuvchi asosiy simptomlar quyidagilardir:

1. Shetkin — Blyumberg; 2. Mendel - perkutor og'riqning aniklanishi; 3. Voskresenskiy - «ko'ylak» simptomi; 4. Bershteyn - moyakning chov kanali tashqi teshigiga tortilishi;

Qo'shimcha simptomlar:

1. Spijarniy simptomi - jigar to'mtoqligining perkutor yo'qolishi;

2. "Tobutdagidek tinchlik", "shulqillash", "tomayotgan tomchi" simptomlari;

3. "Qaychi" simptomi - tana xarorati (subfebrilitet) va puls (kuchli taxiakardiya).

4. Kulenkampf simptomi (yoki Duglas qichqirig'i) - to'g'ri ichak oldingi devorining yoki qin gumbazining kuchli og'riqli bo'lishi;

5. Rentgenologik "o'roq" simptomi - diafragma ostidagi erkin havo;

6. Kloyber kosachalari.

Bundan tashqari peritonitning xar hil davrlarida turli hil simptomlar namoyon bo'lishi mumkin:

Blyumer simptomi (Blumer) - to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirilganda oldingi devorida shish aniqlanadi (duglas bo'shlig'ida yiring to'planganda) - pelvioperitonit, duglas-absessga hosdir.

Blinov simptomi - ichak tutqichi kon-tomirlarining tromboemboliyasini ehtimoliy belgisi - arterial bosimning ancha ko'tarilishi (peritonit jarayoni davrida). Vinter I simptomi (Wynter) - qorin oldingi devori nafas olishda ishtirok etmaydi. Vinter II simptomi - ekssudativ perikarditda diafragma xarakatlanishining cheklanganligi tufayli qorin yuqori yarmida nafas olish xarakatlarining yo'qligi - ko'krak va qorin bo'shlig'i a'zolari kasalliklarini taqqosiy diagnostikasi belgisidir. Gippokrat simptomi - (Hippocratis) - suyuqlik va gaz saqlovchi bo'shliqlar devorini tebratganda sho'lqillash eshitalishi.

Gippokrat yuzi (Facies Hippocraticus) - yuz terisi rangi kulrang-ko'kimtir, ko'zlar ichiga botgan, ko'z pardasi xiralashgan, yuz bichimlari keskinlashgan, og'ir o'tkir peritonitning 2-3 davrlarida kuzatiladi.

Duey simptomi (Douay) - per vagina tekshirilganda qin orqa gumbazida kuchli og'riq bo'ladi. Bachadon og'riqli, xarakatchan. Pelvioperitonit va duglas-absessga hosdir. Karnet sinamasi (Carnett), qorindagi og'riqqa shikoyat qilayotgan bemorga qorin pressini taranglashtirish va bo'shashtirish taklif qilinadi, shu vaqtda shifokor qorinni palpatsiya qiladi: agar og'riq qorin devori bo'shashgan paytda paydo bo'lsa, jarayon bir vaqtda ham qorin bo'shlig'ida, ham

qorin devorida joylashgan bo'ladi. Agar og'riq qorin devori taranglashganda paydo bo'lsa, unda jarayon qorin devorida joylashgan bo'ladi. Taqqosiy diagnostika uchun qo'llaniladi.

Kombi peritonit (Sombu). Diffuz septik pnevmokokkli peritonit. Puls tezlashishi va temperaturaning erta ayrilishi, qora suyuqlik bilan kayt kilish, kul-oyoklar sianozi, oliguriya, qorin shishishi, kollaps, og'riqning paradoksal to'xtashi, alaxsirash bilan namoyon bo'ladi. O'lim bilan tugaydi, ko'pincha bolalarda kuzatiladi.

Krasnobaev simptomi - qorin to'g'ri mushaklari taranglashishi. Krimov simptomi - kindikni barmoq uchi bilan tekshirilganda qorin parda ta'sirlanishi natijasida og'riq paydo bo'ladi (teshilgan gastroduodenal yaralarda va h.k.) - sinonimi Dumbadze simptomi.

Kushing sindromi (Cushing). Qorinda doimiy og'riq, meteorizm, proffuz ich ketishi, ichakdan qon ketish. Qorin tifida, perforatsiya va peritonit rivojlanishi oldi belgisi. Makkenzi simptomi (Mackenzi). Qorinning oldingi devori teri qoplaminig giperesteziyasi - qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir yallig'lanish kasalliklarida kuzatiladi.

Mendel simptomi - (Mendel) - barmoqlar uchi bilan qorin oldingi devoriga engil urganda og'riq paydo bo'lishi - qorin parda ta'sirlanish belgisi (sinonimi Razdolskiy simptomi). Mortola simptomi (Mortola). Qorin oldingi devorini bosganda og'riq paydo bo'lishi, og'riq zo'rliqi qorin parda yallig'lanishi darajasini ko'rsatadi. Paskvalis-Lenander-Modelung simptomi (Pasqualis-Lennander-Modelung). Rektal va qo'ltiq osti xaroratini I gradusdan ko'proq farqlanishi to'sda joylashgan appenditsit, pelvioperitonit yoki duglas-absess xaqida dalolat beradi.

Podonenko-Bogdanova simptomi. O'ng kaft ko'rsatkich yoki o'rta barmog'i bilan qov usti sohasida qorin oldingi devoriga uriladi. Bu vaqtda og'riq qinga uzatiladi va to'g'ri ichakda bosim hissi paydo bo'ladi. Pelvioperitonitga hosdir. Ranshgof simptomi (Ranschoff). Kindik atrofi teri qoplaminig chegarangan sarg'ayishi - safroli peritonitda kuzatiladi. Rodforser simptomi (Rodforcer). Qo'ltiq osti chuqurchasida xaroratning kechki ko'tarilishi, peritonitda kuzatiladi. Seyl simptomi (Sole). Qorin parda yallig'langan tomonda nafas eshivilishining susayishi, diafragma xarakati chegaralangan vaqtda

yuzaga keladi (diafragma osti absessida). Sigal-Mamu kasalligi (Siegal-Mamay). Sinonimlar: davriy peritonit. Qaytalanuvchi poliserozit, Sigal-Kotten(Cotton)-Mamu sindromi; Reyman (Reiman) davriy kasalligi.

Ba'zi-ba'zida (davriy) qorinda paydo bo'luvchi o'tkir og'riq xurujlari (kam hollarda ko'krak qafasi, bug'imlarda), isitma bilan xususiyatlanadi. 2-3 kun davom etuvchi og'riq xurujidan so'ng tinch (ochiq) oraliq bo'ladi. Kam ifodalangan prodramal ko'rinishlar butun qorin bo'ylab tarqalgan og'riq xuruji bilan almashadi (ko'proq kindik yonida), og'riq bir necha soatdan bir necha kungacha davom etadi. Og'riq xuruji qorin oldingi devori mushaklari rigidligi, qayt qilish, qorin dam bo'lishi, el va najas chiqmasligi, qaltirash, yuqori xarorat (39-40° C) va uning 2-3 kunda keyin tez tushishi bilan kechadi.

Og'riq ko'krak qafasida lokalizatsiyalanganda chuqur nafas olishning ilojisi yo'q. Paroksizm ich ketishi bilan hal bo'lishi mumkin. Qonda neytrofilli leykotsitoz va EChT oshadi (xuruj vaqtida). Vaqt o'tgan sayin xurujlar tez-tez bo'la boshlaydi. Kasallik kuchayib borganda ichki a'zolar amiloidozi rivojlanishi mumkin. Kasallik surunkali kechadi va bir necha o'n yilliklar davom etadi. Etiopatogenezi aniq emas. Taxmin qilinishicha, kasallik nasliydir, 4-5 avlodga o'tadi. Asosan O'rta er dengizi atrofidagi yashovchi xalqlarda uchraydi. Tomayer simptomi (Thomayer). Tuberkulyoz sababli peritonitda ingichka ichak tutqichi bujmayishi tufayli uning qovuzloqlari o'nga suriladi va o'sha erda timpanit aniqlanadi.

Trendelenburg simptomi (Trendelenburg). Qorin oldingi devorining taranglashishi va moyaklarning chov kanali teshigiga tortilishi (m. cremaster qisqarishi hisobiga) - peritonitda.

Fits-Xyu simptomi (Fitz-Hugh). Sinonimlari: Stoyanning qovurg'a osti sindromi (Stojano); qorin bo'shlig'i yuqori yarmining gonokokkli peritoniti; Fits-Xyu-Kurtis (Curtis) sindromi.

Qorin yuqori yarmida, o'ngda og'riq, ko'ngil aynish, qayt qilish, isitma, qaltirash, ko'p terlash, bosh og'rig'i. YOsh ayollarda gonokokkli endometrit, piosalpingit paydo bo'ladi. O'tkir xoletsistitni eslatishi (simulyasiya qilishi) mumkin.

Instrumental tekshiruvlardan qorin bo'shlig'i obzor rentgenografiyasi qorin bo'shlig'ida erkin havo borligini yoki paralitik ichak tutilishi belgilari bo'lmish ichaklar pnevmatozi va

suyuqlik sathlarini aniqlashga yordam beradi. Qorin bo'shlig'ida erkin havoning bo'lishi qorin bo'shlig'i kovak a'zolarining yorilishida yoki teshilganida kuzatiladi.

Diagnoz qo'yish qiyin bo'lgan hollarda bemorlarga laparotsentez usuli qorin bo'shlig'ida patologik suyuqlik borligini aniqlashga yordam beradi. Diagnoz qo'yish va boshqa qorin bo'shlig'i o'tkir xirurgik kasalliklar diagnostikasida laparoskopiya tekshiruvi alohida o'rin tutadi.

Laparotomiya yallig'lanish manbaini to'g'ridan-to'g'ri topib olishga imkon beradigan ancha ishonchli usuldir. Radiologik diagnostika, fonografiya, issiqlik ko'rish va exografiya ham ancha muhim rolni o'ynaydi.

Yiringli tarqoq peritonitlarga kompleks davo qilishning umumiy prinsiplari:

1. Zudlik bilan operatsiyaga tayyorgarlik ko'rish ishlari paysalga solinmasdan, puxta qilib, xar bir kasalning ahvolini va undagi boshqa kasalliklarni hisobga olgan holda o'tkazilishi, ayni vaqtda bioximiyaviy tekshirish natijalariga qarab turib, suv-tuzlar almashinuvi, kislota-ishqoriy holati, oqsillar almashinuvi va gemodinamikani o'rniga keltirish choralarini ko'rish zarur. Premedikatsiya qilish va me'dani bo'shatib olish alohida ahamiyatga ega. Operatsiyaga tayyorgarlik davri 2 soatdan oshmasligi kerak.



Rasm 59. *Qorin bo'shlig'ni drenajlash sxemasi.*

2. Og'riq sindromini bartaraf etish, organizm neyrotsirkulyator va neyrogumoral reaksiyalarini normaga keltirishni

ko'zda tutib, endotraxcal yo'l bilan, umumiy og'riqsizlantirish usulini qo'llash lozim.

3. Operatsiya ishlari:

a) peritonit manbaini bartaraf etish.

b) ekssudatni chiqarib tashlash va qorin bo'shlig'ini antiseptik eritmalar bilan tozalash, ya'ni sanatsiya qilishdan iborat bo'ladi.

4. Ichak atoniyasining oldini olish maqsadida ingichka ichak tutqichiga novokain eritmasini birdan yuborish yoki tomchilab novokain eritmasi yuborib turish uchun ichak tutkich ildiziga mikroirrigator urnatish lozim.

5. Ichak suyuqligiii chiqarib turish va bemorni enteral yo'l bilan oziqlantirib borish uchun ikki kanalli nazoenteral zond qo'yish yo'li bilan me'da-ichak sistemasidagi bosimni kamaytirish.

6. Operatsiyadan keyingi peritoneal dializ qilib turish uchun qorin bo'shlig'iga drenajlar qo'yish (rasm 59).

7. Yallig'lanishga qarshi samarali davo qilib borish maqsadida ekspress-bakterioskopiya va bakteriologiya, analiz uchun ekssudatdan namunalar olish, mikrofloraning antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash uchun ekssudatni ekib, mikroblarni undirib ko'rish.

Peritoneal dializ. Peritoneal dializni qo'llanish fikrini S. T. Rozenak (1926) taklif etgan. Sobiq ittifoqda o'tkir peritonitlar vaqtida peritoneal dializ qo'llashni birinchi marta 1958 yilda A. N. Filatov taklif qilib chiqqan va klinikada esa bu usul 1964 yilda K. S. Simonyan tomonidan qo'llangan. Xozir tarqoq peritonitga, ayniqsa og'ir turlarida kompleks davo qilishda ko'pgina olimlar peritoneal dializ usulini qo'llashgakatta ahamiyat beradilar (rasm 60).



Rasm 60. Peritoneal dializni o'tkazish sxemasi.

Peritoneal dializni o'zining tarkibi jihatdan qon plazmasining elektrolit tarkibiga yaqinlashib keladigan eritmalardan foydalanib, oqizib qo'yiladigan yoki fraksion metod bilan o'tkazish mumkin, bunda ishlatiladigan eritmalarga albatta antibiotiklar va novokain qo'shiladi. Dializ uchun Ringer, Petrov, Ringer-Lokk, Darrou eritmalari, shuningdek fiziologik eritmalar ishlatilishi mumkin.

Peritoneal dializni qo'llashdan asosiy maqsad:

a) Qorin bo'shlig'idagi ekssudat, yiring, qon laxtalari, fibrin pardalarini tezgina chiqarib tashlash, bu chora intoksikatsiya kamayishiga olib keladi, organizmdagi suv muvozanatini o'rniga kelishiga olib keladi.

b) Qorin bo'shlig'iga antibiotiklar yuborish va qorin pardasining yallig'langan hamma joyiga ularning zarur miqdorda borib turishiga erishish.

g) Laboratoriya tekshiruvlari natijalariga qarab turib, elektrolitlar almashinuvini tegishli tomonga o'zgartirib, unga keltirish, dializlovchi eritma elektrolitlari tarkibini to'g'rilab quyish yo'li bilan bunga erishiladi.

d) Qorin bo'shlig'ida mahalliy gipotermiya yuzaga keltirish maqsadida unga sovuq suyuqlik yuborish.

e) Suyuqliklarni oqizib quyish yo'li bilan bitishmalar paydo bo'lishining oldini olish.

z) Azotli tashlandiqlarni (shlaklar) chiqarib tashlash.

Jarroxlik amaliyotnda bemor hayoti uchun eng xavfli bo'lgan, yuqori o'lim holati bilan kechuvchi peritonitlarni yuqoridagi ko'rsatilgan prinsiplarni saqlagan holda va kompleks davo usullarini qo'llagan xoldagina uning salbiy oqibatlari va unda kuzatiladigan o'lim holatlarini kamaytirishga erishish mumkin.

O'TKIR YIRINGLI PLEVRIIT: PATOGENEZI, KLINIKASI, DAVOSI.

O'tkir yiringli plevrit - plevranning o'tkir yiringli yallig'lanishi. Aksariyat hollarda bu ikkilamchi kasallik - turli organlarning yiringli jarayonlarining asoratlaridir.

Birlamchi plevrit kam uchraydi, asosan ko'krak qafasining kesib-teshib o'tuvchi jaroxatlarida kuzatiladi. Ko'pincha yiringli

plevrit o'pka xo'ppozlarining asoratlari hisoblanadi. Infeksiya plevra bo'shlig'iga xo'ppozning yorilishi yoki limfogen yo'l bilan kiradi. Yiringli plevrit ko'pincha plevropnevmoniya, gripp pnevmoniyasi, o'pka gangrenasi (chirigan plevrit), yiringli parazitlar kistalar (exinokokklar) yoki tug'ma, chirish bosqichidagi o'pka saratoni, tuberkulyozli kavernalar va boshqalar bilan asoratlanadi.

Yiringli plevrit ba'zida qorin bo'shlig'ida, retroperitoneal bo'shliqda turli xil yiringli jarayonlarda infeksiyaning limfogen yo'l orqali tarqalishi natijasida rivojlanadi: yiringli xoletsistit, appenditsit, pankreatit, teshilgan oshqozon yarasi, diafragma osti xo'ppozi, peritonit, paranefrit va boshqalar. Sepsis, flegmona, osteomielit va turli lokalizatsiyadagi boshqa yiringli jarayonlar bilan metastatik o'tkir yiringli plevrit kelib chiqishi xaqida yoritilgan. Skarlatina, qizamiq, tif isitmasi va boshqalar bilan spetsifik yoki aralash infeksiyadan kelib chiqqan plevrit xaqida xabarlar mavjud.

Kasallikning qo'zg'atuvchisi turli hil piogen mikroorganizmlardir. Plevradan yiringni bakteriologik tekshirishda ko'pincha streptokokk (90% gacha), kamroq stafilokokk va pnevmokokk aniqlanadi. Bolalarda pnevmokokk eng ko'p uchraydi (70% gacha). Ko'pincha aralash flora qayd etiladi.

Plevra infeksiyaga turlicha ta'sir qiladi, bu ikkinchisining virulentligiga va organizmning reaktivligiga bog'liq.

Zaif virulent infeksiya bilan visseral va parietal plevrani bir-biriga yopishtiruvchi kichik fibrinli suyuqlik xosil bo'ladi, bu infeksiya o'chog'i atrofida bitishma paydo bo'lishiga yordam beradi - bu quruq plevrit. Ko'proq virulent mikroblar ko'p ekssudat - ekssudativ plevrit xosil bo'lishiga olib keladi, bu mikrofloraning yuqori virulentligi bilan yiringli bo'ladi.

Yiringli plevritning bir nechta tasnifi mavjud:

1) chaqiruvchisiga ko'ra - streptokokkli, pnevmokokkli, stafilokokkli, diplokokkli, aralash va boshqalar;

2) yiringning joylashishiga ko'ra: a) erkin - umumiy, o'rta, kichik; b) xaltalangan - ko'p kamerali va bir kamerali (bazal, parietal, paramediastinal, interlobar, apikal);

3) patoanatomik belgilariga ko'ra: a) o'tkir yiringli; b) chiriydigan; v) yiringli-chiriydigan;

4) klinik belgilarining og'irligiga ko'ra: a) septik; b) og'ir; v) o'rta og'ir; g) engil.

Ayrim avtorlar ikki tomonlama plevritni ajratishadi. Bunday holat kamdan kam tuberkulyozda uchraydi.

Semptomatologiya va klinika. O'tkir yiringli plevritning klinik ko'rinishi o'sha birlamchi kasallikning klinik ko'rinishlariga (pnevmoniya, o'pka absessi va boshqalar) qo'shiladi, bu asoratdir. Kasallik ko'krak qafasining bir yoki boshqa yarmida kuchli xanjarsimon og'riq bilan boshlanadi, nafas olishda va yo'talishda keskin kuchayadi.

Xarorat 39-40 ° gacha ko'tariladi, quruq yo'tal kuchayadi, puls tez-tez, kichik bo'ladi. Nafas olishni chuqurlashtirishga urinayotganda xanjarsimon og'rig'ining kuchayishi yuzaki sayoz, tez-tez nafas olishga olib keladi, bu esa gipoksiyani kuchaytiradi. Ekssudat miqdori ortishi bilan plevra varaqlari bir-biridan ajralib ketadi va og'riq biroz kamayadi, ammo o'pkaning ekssudat bilan siqilishi o'pkaning nafas olish yuzasini pasaytiradi, nafas qisilishi paydo bo'ladi.

Bemorni ko'rilganda, yallig'langan sohada ko'krak qafasi yarmining yon tomoni kengayishi, qovurg'alararo bo'shliqlarning kengayishi, nafas olishda orqada qolishi qayd etiladi. Yallig'langan tomonda titroq ovozi zaiflashadi.

O'pkaning pastki qismida - perkutor tovushining o'chirilishi va nafas olishning zaiflashishi, plevral ishqalanish shovqini, ba'zida quruq yoki nam xirrilashlar aniqlanadi, o'pka ekskursiyasi cheklangan.

Kasallikning yanada kuchayishi, plevrada yiringning to'planishi bilan bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, xarorat yuqori bo'lib qoladi, ba'zida ertalab va kechkurun xarorat o'rtasidagi tebranishlar 2-2,5 ° ga etadi, og'riq kamroq o'tkirlashadi, ko'krak qafasining yorilish hissi paydo bo'ladi, umumiy kam quvvatlik kuchayadi, ishtaha yo'qoladi.

Perkussiyada to'mtoqlik qayd etiladi, uning chegarasi orqada balandroq, old tomondan pastroq (Demuazo chizig'i), yuqori va medial tumtoqlik - o'pka konturiga mos keladigan shakli uchburchakka o'xshash zonada aniq perkutor tovushi, uning darvozalariga suyuqlik bilan bosilganligi aniqlanadi.

Yiringning to'planishi mediastinning sog'lom tomonga siljishiga olib keladi, shuning uchun umurtqa pog'onasining pastki qismida sog'lom tomonda mediastinning siljigan organlarida uchburchakli tumtoqlik paydo bo'ladi. Yurak tumtoqligi ekssudat bilan sog'lom tomonga siljiydi. Chap tomonlama plevritning ko'p miqdordagi suyuqlik sababli diafragma pastga tushadi va shuning uchun Traube bo'shlig'i yo'qoladi.

Auskultatsiya paytida tumtoqlik sohasida nafas olish shovqinlari butunlay yo'qoladi, nafas zaiflashgan va plevra ishqalanish shovqinlari sustlashadi. Qondagi o'zgarishlar gemoglobin foizining pasayishi, leykotsitlar sonining ko'payishi, neytrofilyoz chapga siljish bilan va EChR tezlashishi bilan tavsiflanadi.

Ko'pincha o'tkir yiringli plevrit kasallikning boshidanoq xaltali sifatida rivojlanadi, bu avvalgi kasalliklar tufayli plevra yopishqoqligi va bitishmalar mavjudligi bilan izohlanadi. Lokalizatsiyasi, bo'shliqlarning kombinatsiyasi va ularning o'lchamlari juda hilma-hil bo'lishi mumkin.

Sxematik jihatdan plevritni bazal, parietal, paramediastinal, apikal, interlobar, bitta va ko'p sonliga ajratish mumkin.

Xaltali plevritda umumiy klinik ko'rinishlar erkin bo'lganlar bilan deyarli bir hil, ammo biroz kamroq aniqlanadi. Umumiy og'ir ahvol, mahalliyashtirilgan ko'krak og'rig'i, yo'tal, yuqori isitma, leykotsitoz neytrofilyoz bilan va boshqalar. Perkutor va auskultativ ma'lumotlarni faqat jarayonning apikal va parietal lokalizatsiyasida olish mumkin.

Yiringli plevritning asoratlari. Plevra bo'shlig'ini yiringdan etarli darajada bo'shatilmasa, yiring mushaklar yotog'i va ko'krak devorining teri osti to'qimalariga, ko'pincha o'rta aksillar chiziq bo'ylab yo'l topadi. Visseral plevraning yiringli yallig'lanishi bilan jarayon limfa yo'llari bo'ylab tarqalib, o'pka parenximasining kortikal bo'limlarini, so'ngra ildizning limfa tugunlari bilan o'pkaning chuqurroq qismlarini o'z ichiga oladi.

Uzoq muddatli yiringli plevritda bronx devorlarining erishi sababli bronxoplevral oqma hosil bo'lishi mumkin, o'pka bo'shashganda, unda qaytarilmas sklerotik jarayonlar rivojlanadi.

Diagnostika. Yiringli plevritni tashxislashda kiyinchiliklar, u hal qilinmagan pnevmoniya yoki o'pka xo'ppozi fonida

rivojlanadigan hollarda yuzaga keladi. Tashxisni aniqlashtirish uchun rentgen tekshiruvi katta ahamiyatga ega, bu plevra bo'shlig'ida bir hil qorayish mavjudligini, plevra ichidagi suyuqlik darajasini, bosilgan o'pka to'qimalarining holatini, o'pkaning siljish darajasini, yurak va qon tomirlari, yiring chegaralari va uning ustidagi havodor o'pka to'qimalarini aniqlashga imkon beradi.

Agar siqilgan o'pkada yallig'lanish jarayoni mavjud bo'lsa, u holda o'pka to'qimalarining fonida fokusli soyalar ko'rinadi. Yallig'langan tomonda diafragma xarakatsiz. Erkin empiemada qovurg'a-diafragmal sinus ko'rinmaydi. Agar uning xududida yorug'lik (oqarish) qayd etilsa, bu xaltalangan pleurit borligiga shubha qilish imkonini beradi. Dinamik rentgen kuzatuvini ayniqsa muhimdir (rasm 61,62).

Tashxisni aniqlashtirish uchun plevra bo'shlig'ining sinovli punksiya hal qiluvchi ahamiyatga ega, bu suyuqlik xarakterini aniqlash va uni bakteriologik tekshirish imkonini beradi (rasm 63).

O'tkir yiringli pleuritni o'pka xo'ppozi, yiringli kista, diafragma osti xo'ppozi, yiringli exinokokk, o'pka saratoni perifokal yallig'lanish bilan va pastki o'pka bo'lagining interstitsial pnevmoniyasi va boshqalardan ajratish kerak.

Ayniqsa, xo'ppozni kistlangan pleuritdan ajratish kiyin. Xo'ppozga hos muhim differensial belgi bu ko'p miqdordagi noxush hidli balg'amli yo'taldir. Auskultativ xo'ppoz belgilari ancha rang-barang: ba'zan bronxial, ba'zida zaiflashgan nafas, quruq va nam xirrilashlar eshitiladi. Plevritda nafas olish tovushlari sustlashadi yoki yo'qolgan bo'ladi. Xo'ppoz bilan rentgenogrammada, pastki chegarasi aniq bo'lgan yumaloq soya kuzatiladi; pleuritda pastki chegara aniqlanmaydi. Plevritda ko'ks orlalg'ining siljishi, qovurg'a-diafragmal sinusni to'ldirish, holatni o'zgartirganda suyuqlik darajasining o'zgarishi bilan tavsiflanadi.

Yiringlagan kistalar pleuritdan farqli o'laroq, bemorlarning umumiy ahvoli kamroq og'irlashadi, ko'p miqdorda balg'amli yo'tal kuzatiladi, kistani rentgenologik tekshiruvida soya konturlarining yumaloqligi va qovurg'a-difragmal sinusda yorug'lik bilan tavsiflanadi.

Diafragma osti xo'ppozi klinikasining o'ziga hos xususiyati - o'ng o'ng qovurg'a ostida og'riq va mushaklarning sezilarli darajada

og'irliqli taranglashi, ko'pincha jigar kattalashgani va sariqlikning paydo bo'lishi. Anamnezda - gripp, pnevmoniya yoki xar qanday yiringli kasallik belgilarining bo'lishi. Rentgen tekshiruvida qovurg'a-diafragmal sinusning yoritilishini ko'rsatadi, ba'zida suyuqlik sathida gaz pufakchasi ko'rinadi.



Rasm 61. Yiringli plevritning rentgenologik ko'rinishi.

Seroz suyuqlikli plevrit rivojlanishi differensial tashxisni sezilarli darajada murakkablashtiradi. Bunday hollarda diagnostik punksiya katta yordam beradi. Plevraning diafragmadan yuqori punksiyasida seroz suyuqlik va yiringni aniqlash diafragma ostidagi xo'ppoz mavjudligiga ishonch hosil qiladi. Bo'laklararo empiema bilan kistlangan xo'ppozning chuqur joylashishi tashxisni juda qiyinlashtiradi.



Rasm 62. Yiringli plevritning rentgenologik ko'rinishi.

Rentgen tekshiruvi bo'limlararo yoriq bo'ylab joylashgan uchburchak yoki shpindel shaklidagi to'qimalarning mavjudligini aniqlashga imkon beradi. SHu bilan birga, bunday soyaning o'ngdagi o'rta bo'lakning yoki chapdagi tilsimon segmentning shikastlanishi sabab bo'lishi mumkinligini yodda tutish kerak.

Apikal empiemani o'pka cho'qqisining saratonidan ajratish qiyin. Xo'ppozning bazal joylashuvi bilan yiringning supra- yoki subdiafragmal to'planishini aniqlash qiyin. Rentgen tekshiruvi va diagnostik punksiya hal qiluvchi ahamiyatga ega bo'ladi.



Rasm 63. Diagnostik punksiya.

Davosi. O'tkir yiringli plevrit ko'pincha ikkilamchi kasallik bo'lganligi sababli, uni davolash faqat asosiy kasallikni bir vaqtda davolash bilan muvaffaqiyatli bo'lishi mumkin. Yiringli plevritni davolashning barcha usullari asosan intoksikatsiyani kamaytirishga, tananing immunobiologik kuchlarini oshirishga, gipoksiyani yo'qotishga va hayotiy organlarning faoliyatini yaxshilashga qaratilgan.

a). Plevritni konservativ davolash: antibiotik terapiyasi (takroriy punksiyalar bilan parenteral va mahalliy). Punksiyalar takrorlanadi, yiring chiqariladi va floraning sezgirligini oldindan aniqlash bilan plevra bo'shlig'iga keng spektrli antibiotiklar yuboriladi. Punksiyani mahalliy og'riqsizlantirish ostida barcha aseptika qoidalariga rioya qilgan holda amalga oshiriladi. Eng katta to'mtoqlik nuqtasini oldindan aniqlanadi. Adabiyotlarda mavjud bo'lgan ko'rsatmalar va klinikamiz ma'lumotlariga ko'ra, yiringli

plevrit bilan bemorlarning 75 % takroriy punksiyalar bilan davolanadi (rasm 64).



Rasm 64. Plevra bo'shlig'i punksiyasi.

Dezintoksikatsion va umumtiklovchi terapiyaga katta e'tibor berilishi kerak (qon, plazma, oqsil o'rnini bosuvchi moddalar, glyukoza, vitaminlarni yuborish, yuqori kaloriyalik ovqatlanish va boshqalar). Ko'rsatmalarga ko'ra, kislorodli terapiya, yurak, sedativ moddalar qo'llaniladi.

b) *Jarroxlik davolash.* Yopiq va ochiq operativ usullar qo'llaniladi. Ikkala usul ham yiringni olib tashlash va to'qimalarni qayta tiklash uchun qulay shart-sharoitlarni yaratish orqali infeksiyani rivojlanishi uchun noqulay sharoitlarni yaratishga qaratilgan.

1. Yopiq jarroxlik usulida drenaj plevrage qovurg'alararo kiritiladi, drenajning tashqi uchi yiringni doimiy faol aspiratsiya qilish uchun apparatga ulanadi (suv oqimi pompasi, uch shishali so'rg'ich apparati va boshqalar)).

Drenaj plevra ichiga rezeksiya qilingan qovurg'aning yotog'i orqali kiritilishi mumkin. Bunday holda, drenaj atrofidagi yumshoq to'qimalar tikiladi, teriga mahkamlanadi va tashqi uchi faol aspiratsiya uchun qurilmaga biriktiriladi.

Agar faol aspiratsiya uchun moslama bo'lmasa, u holda rezina qo'lqopning barmog'idan yasalgan klapan drenajning uchiga qo'yiladi va bemordan pastga osilgan antiseptik suyuqlik shishasiga tushiriladi.

2. Ochiq jarroxlik usulida plevra rezeksiya qilingan qovurg'a yotog'i orqali keng ochiladi. Plevra bo'shlig'iga aspiratsiya apparatiga ulanmasdan keng drenaj kiritiladi. Hozirgi vaqtda bu usul kamdan-kam qo'llaniladi.

Yopik davolash usullari afzalligi shundaki, yiringni olib tashlangandan so'ng plevra bo'shlig'ida salbiy bosim hosil bo'ladi. Bu o'pkaning tez kengayishiga, visseral va parietal plevranning yopishishiga va yiringli yallig'lanishni bartaraf etishga yordam beradi.

Ochiq usullar bilan plevra ichiga kiradigan havo o'pkaning kengayishini oldini oladi, yopishgan o'pkani chandiqlar, bitishmalar bilan qoplaydi va pnevmoskleroz, qoldiq plevra bo'shlig'i va surunkali plevrit rivojlanishiga yordam beradi. Biroq, plevra bo'shlig'ida katta fibrin laxtalari, o'pka to'qimalarining sekvestrlari va boshqalar mavjud bo'lsa, bo'shliqni ochiq usulda bo'shatish afzalliklarga ega. Keng torakotomiyadan so'ng, yopiq drenajga qaraganda kamroq tez-tez, bir nechta bo'shliqlar bilan xaltalangan plevrit hosil bo'ladi.

Yiringni evakuatsiya qilish texnikasini tanlash, ularning xar birining afzalliklari va kamchiliklarini hisobga olgan holda individual bo'lishi kerak.

v) *Operatsiyadan keyingi davolash.* Operatsiyadan keyingi davrda bo'shliqdan yiringning doimiy chiqishi ta'minlanadi, infeksiyaga qarshi kurash olib boriladi, tananing qarshiligini oshirish va o'pkani tezda kengaytirish uchun choralar ko'riladi.

Plevra bo'shlig'ini yiringdan yaxshi bo'shatishni ta'minlash drenaj holatini doimiy ravishda kuzatib borish va plevra bo'shlig'idagi suyuqlik miqdorini muntazam rentgenologik nazorat qilishni talab qiladi. Iloji bo'lsa, yiringni to'liq evakuatsiya qilish uchun xarakter qilish kerak.

Ekssudatni asta-sekin aspiratsiya qilish kerak, chunki tez bo'shatish nafaqat giperemiyaga, balki mediastinning keskin siljishiga olib kelishi mumkin, bu esa yurak va nafas olish funksiyalarining jiddiy buzilishiga olib keladi.

Antibiotik terapiyasi mikrofloraning sezgirligini hisobga olgan holda amalga oshiriladi, operatsiyadan keyingi birinchi kunida antibiotiklarning dozalari katta bo'lishi kerak. Ular yiringli

bo'shliqning yuqori qismida punksiya yordamida mahalliy sifatida ham, mushak ichiga yubrib ham qo'llaniladi.

Intoksikatsiyani kamaytirish, immunobiologik kuchlarni oshirish, qon va plazma quyish amalga oshiriladi, glyukoza va vitaminlar yuboriladi, yuqori kaloriyali ovqatlanish ta'minlanadi. O'pkaning erta kengayishi uchun terapevtik nafas olish gimnastikasi katta ahamiyatga ega.

YIRINGLI MEDIASTINIT

Yiringli mediastinit – ko'ks oralig'i biriktiruvchi to'qimalarining yiringli yallig'lanishi.

Etiologiya va patogenezi

Kasallikning qo'zg'atuvchisi ko'pincha stafilokokklar, enterobakteriyalar, kamroq streptokokklar, pnevmokokklar, shuningdek aralash yiringli va chirituvchi flora, ba'zi hollarda anaeroblardir. Ko'pgina hollarda mediastinit (ko'krak qafasining kesib-teshib o'tuvchi jaroxatlardan tashqari) ikkilamchi kasallik bo'lib, qizilo'ngach va traxeyaning teshilishi, og'iz bo'shlig'i va xalqumdagi o'tkir yiringli jarayonlar, bo'yin flegmonasi, pnevmoniya, o'pka va plevrada yiringli jarayonlarning asoratidir va boshqalar.

Infeksiya ko'ks oralig'iga limfogen va gematogen yo'llar orqali tarqalishi mumkin, kesib-teshib o'tuvchi jaroxatlar bundan mustasno. Bundan tashqari, yiringli jarayonlar ko'ks oralig'iga o'tishi mumkin va to'g'ridan-to'g'ri qizilo'ngach devorining yot jismlar, asboblar bilan shikastlanganda, yaralar (kuyishlar) bilan zararlanganda, oshqozon-qizilo'ngach anastomози choklarining ajralishida sodir bo'ladi.

Halqum orti xo'ppozlarda, Lyudvig anginasi va ayniqsa, ko'pincha bo'yin flegmonasi tarqalish yo'li hisoblanadi. O'pkaning xo'ppozlari va gangrenasi bilan o'tkir yiringli yoki chirish jarayoni o'pkaning ildiziga tarqaladi, u erdan xo'ppoz ko'ks oralig'iga kirishi mumkin. Mediastinitning rivojlanishining sabablaridan biri ko'krak qafasining to'mtoq jaroxatidan keyin paydo bo'lgan ko'ks oralig'i gematomasi bo'lishi mumkin.

Yiringli jarayonning ko'ks oralig'iga to'g'ridan-to'g'ri to'shning osteomielitida, perixondritda, to'sh-o'mrov bo'g'imning

yiringli yallig'lanishida, ko'krak umurtqasining osteomielitida o'tishi mumkin. Nisbatan katta guruh tanadagi turli hil birlamchi yallig'lanish o'choqlari bilan bog'liq holda yuzaga keladigan metastatik mediastinitdan iborat, ba'zan esa ma'lum joylarda (yuqori va pastki qo'l-oyoqlar, tos a'zolari va boshqalar).

Klinik ko'rinishi va diagnostikasi

Mediastindagi o'tkir yiringli va chirish jarayonlari odatda to'satdan boshlanadi, ko'pincha titroq, tana xaroratining sezilarli darajada oshishi va to'sh ortidagi og'riqlar, tana xarorati gektik xarakterga ega bo'ladi. Og'riq ko'raklararo sohaga, orqaga, bo'yinga, epigastral xududga tarqaladi.

Oldingi mediastinit to'shdagi og'riqlar, to'sh orti og'riqning kuchayishi (to'sh suyagiga teginish, boshni orqaga burish), bo'yin va ko'krak sohasida shish paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Orqa mediastinit ko'raklararo, epigastral sohasida va orqadagi og'riqlar bilan tavsiflanadi. Qizilo'ngach devori yallig'lanish jarayonida ishtirok etganda, yutish paytida og'riq kuzatilishi mumkin. Bemorlar odatda o'tirish yoki yarim o'tirish holatini olishadi va boshlarini oldinga egib turishadi - bu og'riqni kamaytiradi va nafas olishni osonlashtiradi. Orqa mediastinit bilan paravertebral shishning paydo bo'lishi venoz qonning oqishinining qiyinligini va yallig'lanish jarayonining og'irligini ko'rsatadi. Anaerob yoki chirituvchi infeksiyaga asoslangan mediastinitning og'ir holatlarida, ba'zida ko'ks oralig'ida emfizemani rentgenologik usulda ko'rish mumkin. Jarayon tarqalganda, bo'yin sohasida gaz paydo bo'ladi, uni paypaslash orqali aniqlash mumkin. Emfizema - bu jarayonning jiddiyligini ko'rsatadigan daxshatli belgi. Mediastinit yurak faoliyatining buzilishi bilan birga kechadi. Puls tez-tez, daqiqada 120 yoki undan ko'p, qon bosimi pasayadi, MVB ko'tariladi, bosh, bo'yin va oyoq-qo'llarning tomirlari kengayadi, siyanoz, kuchli nafas qisilishi, bosh og'rig'i, quloqlarda shovqin paydo bo'ladi. Keyinchalik plevra va perikardda suyuqlik paydo bo'lishi mumkin.

Qizilo'ngachning yorilishi sababli rivojlangan orqa mediastinitda to'sh orqasida yaqqol og'riq, nafas qisilishi, titroq va og'izdan chirigan qid kelishi kuzatiladi. Mediastinitning ushbu shaklini tashxislash uchun rentgen usuli (qizilo'ngachdan ko'ks

oralig'iga kontrast moddaning oqishi) yoki ezofagoskopiya yordamida qizilo'ngachning yorilishini aniqlash muximdir.

Oldingi mediastinit bilan perkussiyada to'shdagi to'mtoqlik zonasining kengayishini aniqlash mumkin, orqa mediastinitda - paravertebral zonada. Biroq, o'tkir mediastinitning diffuz shakllari bilan perkussiya ishonchli ma'lumotlarni taqdim etmaydi. Askultativ belgilar mediastinit bilan ham ishonchsizdir.

Juda muhim va og'ir alomatlar orasida nafas olish qiyinlishuvi xodisalari - nafas qisilishi, traxeya yoki asosiy bronxlarning siqilishi tufayli siyanoz paydo bo'ladi.

Davosi

O'tkir mediastinitning dastlabki belgilarida antibiotik terapiyasi ko'rsatiladi - yarim sintetik penitsillinlar, sefalosporinlar, aminoglikozidlar va boshqalar. Mediastinit infeksiyalangan mediastinal limfa tugunlaridan rivojlansa, seroz yallig'lanish bosqichida bo'lgan yallig'lanish jarayoni orqaga qaytishi mumkin. Xo'ppoz shakllanishi belgilari va, ayniqsa, chirituvchi yallig'lanish mavjud bo'lsa, shoshilinch jarroxlik aralashuvi ko'rsatiladi - mediastinotomiya.

Mediastinni drenajlash uchun mo'ljallangan ko'plab operatsiya turlari mavjud. Eng keng tarqalgan bo'yin mediastinotomiyasi (rasm 65,66), buning natijasida to'sh ustidagi kesmadan oldingi ko'ks oralig'iga kirish mumkin bo'ladi. Transsternal kirishlar ham qo'llaniladi.



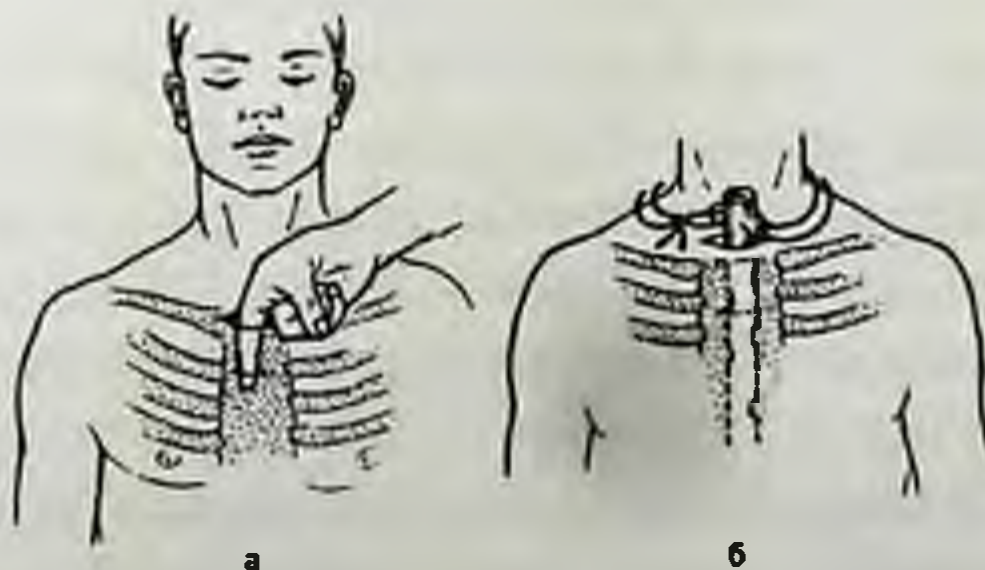
Rasm. 65. Bo'yin flegmonasini ochish uchun qo'llaniladigan kesmalar:

1 – iyak osti flegmonasida; 2 - submandibular flegmonada; 3 – halqum osti xo'ppozida; 4, 5 - pastki (4) va yuqori (5) bo'limlarda tomir qobig'ining flegmonasida; 6 - Kyutner bo'yicha kkesma; 7 - de Kerven bo'yicha kesima; 8 - bo'yinning lateral uchburchagining flegmonasidan; 9 – traxeya oldi flegmonasi va yiringli strumitda; 10 – to'sh usti interaponevrotik flegmonada.

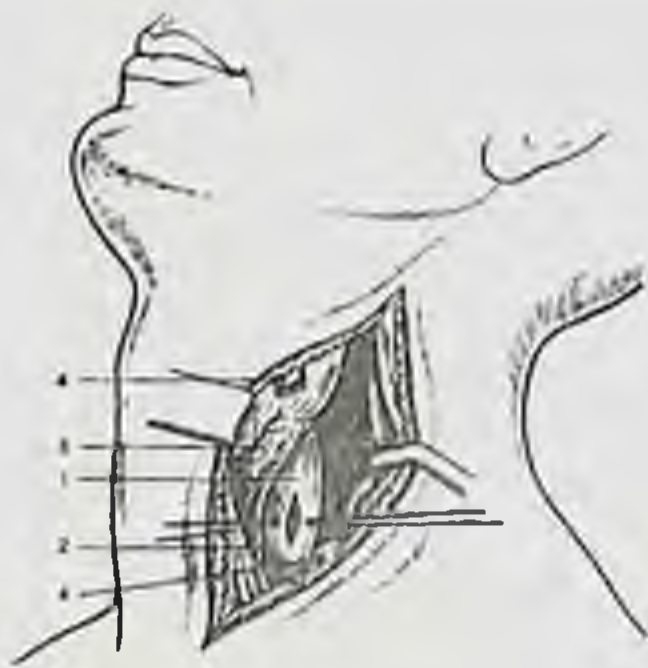


Rasm. 66. Bo'yin flegmonasini drenajlash: 1 – iyak osti flegmonisida; 2 – bo'yinning tomirlar qini flegmonisida; 3 – traxeya oldi flegmonisida; 4 – ko'ks oldi absessida; 5 – bez oldi flegmonasida; 6 – bo'yin uchburchagining yon sohasi flegmonasida.

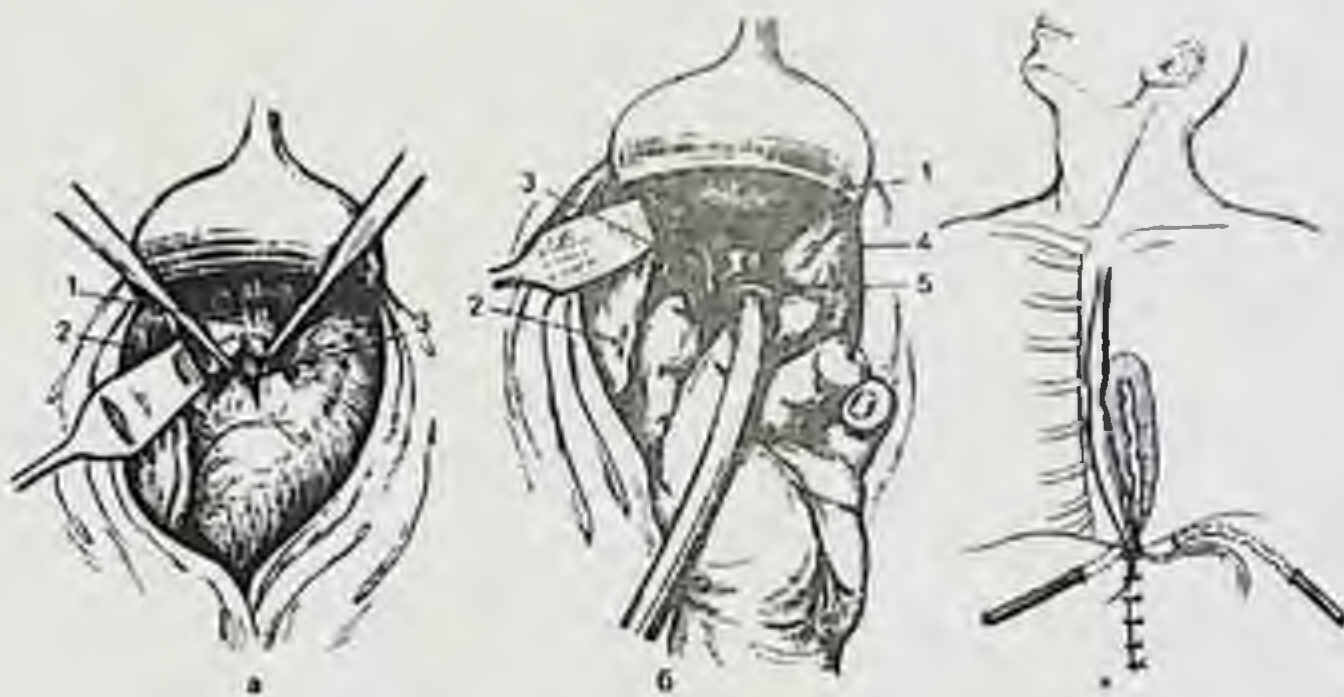
Orqa mediastinitda dostup orqa ekstraplevral mediastinotomiya hisoblanadi. Pastki orqa mediastinitda transdiafragmal mediastinotomiya ko'ks bo'shlig'iga kiritilgan drenaj atrofidagi to'qimalarni germetizatsiyasi va diafragmadagi tikuvlarni yopish chizig'iga boshqa drenaj olib kelish bilan amalga oshiriladi (rasm 67,68,69).



Rasm. 67. Oldingi mediastinning servikal mediastinotomiyasi:
a – to'sh ortini barmoq bilan tekshirish; b - drenaj trubkasi oldingi ko'ks bo'shlig'iga kiritilishi.



Rasm. 68. Qizilo'ngach flegmonasida dostup. 1 - qizilo'ngach (qizilo'ngach teshigi ushlagichlarga olingan); 2 - qaytuvchi nerv; 3 - qalqonsimon bez; 4 - m. omohyoideus (kesilgan).



Rasm. 69. Qorin parda orti pastki mediastinotomiya: a - diafragmotomiya; b - elektr so'rg'ich yordamida ko'ks bo'shlig'idan yiring aspiratsiyasi; 1 - diafragma; 2 - jigar; 3 - qizilo'ngach; 4 - oshqozon tubi; 5 - elektr so'rg'ich nakonechnigi; v - orqa ko'ks bo'shlig'ini transxiatal drenajlash.

Operatsiyadan oldingi va keyingi davrda yiringli mediastinit kursining sezilarli og'irligini hisobga olgan holda, intoksikatsiyaga qarshi kurashning barcha vositalaridan foydalanish kerak. Antibakterial terapiya mikrofloraning antibiotiklarga sezgirligini aniqlagan holda amalga oshiriladi. Yurak-qon tomir, nafas olish etishmovchiligi bilan kurashish uchun faol choralar ko'riladi.

Analitik qism:

Grafaning o'quv elementlari

1. Absessning etiopatogenezi, tushuncha
2. Absessni klinikasi, davolash

3. Flegmona tushunchasi, etiopatogenezi, klinikasi

4. Flegmonaning profilaktikasi va davolash.

Darsni o'zlashtirish uchun talabalarda kritik fikrlash asoslarini shakllantiruvchi **aqliy xujum** pedagogik texnologiyasi qo'llaniladi.

Aqliy xujum senariysi:

1. Absess nima?

Javob: absess-piogen qobig'i bo'lgan chegaralangan yiringli bo'shliq.

2. Absessni ko'pincha joylashuv sohalari.

Javob: dumba sohasida, elka sohasida, qorin bo'shlig'ida-jigarda, taloqda diafragma, jigar ostida, ichaklar aro, tos bo'shlig'ida, ko'krak kafasida-o'pkada, bosh sohasida-bosh miyada.

3. Absessning etiologiyasi nima?

Javob: nospetsifik xirurgik infeksiya (stafilakokk, streptokokk, ichak tayokchasi, pnevmokoklar va x k)

3. Flegmona nima?

Javob: chegaralanmagan yiringli bo'shliqqa flegmona deyiladi.

4. Flegmonaning uchrash joylar?

Javob: yog' to'qimasi va siyrak klechatkali bo'shliqlarda.

Situatsion savollarni echish.

O'qituvchi talabalarni jarroxlik bo'limidan o'quv xonasiga olib kiradi va har bir talabadan 2 – 3 ta situatsion savollarga javob olish yo'li bilan o'tgan temani o'zlashtirish darajasini aniqlaydi.

Situatsion savollar.

1. Bemor xirurgiya bo'limiga o'ng dumba sohasida shishga, og'riqlarga, shu soha terisining qizarishiga, tana xaroratining kutarilib, titrashiga va umumiy xolsizlikka shikoyatlar bilan bemor olib kelindi. Bemorning gapiga qaraganda murojat qilishidan 10 kun oldin revmatoid artrit tufayli diklofenak natriy, antibiotiklar va vitaminlar eritmalarini in'eksiya qildirgan. Murojat qilishidan 3 kun oldin o'ng dumba sohasi dag'allashib, og'riq paydo bo'lgan, shu soha terisi qizarib, tana xarorati ko'tarila boshlagan.

Ob'ektiv tekshirganda: o'ng dumba sohasi yuqori tashqi kvadranti sohasida paypaslaganda o'lchamlari 7x5 sm li, tarang elastik konsistensiyali, keskin og'riqli infiltrat bo'lib, ustidagi tersi qizargan. Markazida esa flyuktuatsiya aniqlanadi.

Sizning tashxisingiz va davolash rejangiz qanday?

Javob: bemorda o'ng dumba sohasinng postin'eksion absessi. Bemorga shoshilinch ravishda umumiy, vena ichi narkoz ostida yiringli bo'shliqni ochish operatsiyasi o'tkazilishi lozim. Operatsiyadan keyingi davrda antibakterial, yallig'lanishga qarshi, umumiy quvvatlantiruvchi va dezintoksikaion terapiya muolajalari buyurilishi lozim.

2. Chap dumbada rivojlangan in'eksiyadan so'ngi absessni keng ochish yo'li bilan operatsiya qilindi va bo'shliqdagi yiring elektr so'rg'ich yordamida so'rib olindi. Absess bo'shlig'i antiseptik suyuqlik bilan yuvilgandan keyin va bo'shliqqa paxta – marlyadan iborat steril boylam qo'yilgan.

Bajarilgan jarroxlik yordami etarlimi?

Agar yo'q bo'lsa yana nimalar bajarilishi lozim edi?

Javob. Bajarilgan jarroxlik amaliyotini qo'llash etarli emas. Barmoq bilan yiringli bo'shliqqa kirib, hamma "cho'ntak"larni ochib tashlash va nekrotik o'zgargan to'qimalar olib tashlanishi kerak edi.

3. Qabul bo'limiga chap oyoq panjasining shishganligiga, qizarganligiga, og'riqlarga, tana xaroratining 39°C gacha ko'tarilib titrashga, uyqusizlikka, ishtaxasi yo'qligiga va lanjlikka shikoyatlar bilan bemor murojat qildi. Anamnezidan bemornng gapiga qarganda murojat qilishidan 1 haftacha odin oyog'iga tasodifan mix kirib chiqqan. Bemor xech kimga murojat qilmasdan o'zi mustaqil ravishda uyida yod nastoykasi bilan jaroxatiga ishlov bergan. Oradan 2-3 kun o'tib oyoq panjasi shishib, og'riy boshlagan. Terisi qizargan va sekin asta tana xaroati ko'tarilib loxaslik paydo bo'lgan. Oyoq panjasidagi shish, teri qizarishi boldir sohasiga xam tarqala boshlagan.

Ob'ektiv ko'rikda chap oyoq panjasi shishgan, taranglashgan, paypaslaganda keskin og'riqli bo'lib, ustidagi terisi ko'kimtir qizgish rangli. Oyoq panjasidagi shish, teri qizarishi boldir sohasining pastki 1/3 qismigacha tarqalgan. Oyoq panjasining pastki yuzasida ko'ndalang qiyshiq yo'nalishda o'lchamlari $1 \times 0,5$ sm bo'lgan chetlari ko'kimtir qizg'ish tusli, infiltrlangan jaroxat aniqlanadi.

Sizning bemorga qo'ygan tashxisingiz va davolash rejangiz qanday?

Javob: bemorda chap oyoq panjasi flegmonasi. Bemorni shoshilinch ravshda xirurgiya bo'limiga yotqizib operativ davolash zarur. Operatsiyadan keyingi davrda antibakterial, yallig'lanishga qarshi, umumiy quvvatlantiruvchi va dezintoksikaion terapiya muolajalari buyurilishi kerak. Bemorning chap oyog'i Biler shinasiga qo'yilishi lozim.

Testlar

1. Soch xaltasini yiringli yallig'lanishi bu:

- A. follikulit*
- B. furunkul
- V. gidroadenit
- G. karbunkul
- D. barcha javoblar to'g'ri

2. Soch follikuli, yog' bezi va atrofidagi to'qimani o'tkir yiringli nekrotik yallig'lanishi bu:

- A. furunkul*
- B. karbunkul
- V. gidroadenit
- G. follikulit
- D. barcha javoblar to'g'ri

3. Bir necha soch xaltalari, yog' bezlari, atrofidagi teri va teri osti yog' qavatini tarqalgan o'tkir yiringli nekrotik yallig'lanishi bu:

- A. karbunkul*
- B. furunkul
- V. gidroadenit
- G. mastit
- D. to'g'ri javob yuk

4. Karbunkul qo'zg'atuvchisi

- A. tilla rang stafilakokk*
- B. Kox tayloqchalari
- V. tetani klostridiyalari
- G. zaxm qo'zg'atuvchisi
- D. aktinomikoz qo'zg'atuvchisi

5. Apokrin ter bezlarini yiringli yallig'lanishi bu:

- A. gidradenit*

B. furunkul

V. karbunkul

G. mastit

D. absess

6. To'qimalardagi chegaralangan yiringli yallig'lanishi bu:

A. absess*

B. flegmona

V. osteomielit

G. saramas

D. to'g'ri javob yuk

7. To'qimalarni chegaralanmagan yiringli yallig'lanishi bu:

A. flegmona*

B. absess

V. saramas

G. osteomielit

D. qoqshol

8. O'tkir isheorektal paraproktit davosi:

A. operativ davo*

B. UVCh

V. novokainli blokadalar

G. isituvchi kompresslar

D. sovutuvchi kompresslar

9. O'tkir paraproktit qo'zg'atuvchisi ko'pincha:

A. ichak tayokchasi*

B. ko'k yiring tayoqchasi

V. tuberkulyoz mikobakteriyalari

G. klostridium perfringens

D. to'g'ri javob yuk

10. Paraproktitni kesishda qanday kesma qilinadi:

A. radlar*

B. xojsimon

V. aylanasimon

G. Dyakonov kesmasi

D. barcha javoblar to'g'ri

11. Quloq oldi bezini yiringli yallig'lanishi bu:

A. parotit*

B. absess

V. flegmona

G. mastit

D. gangrena

12. O'tkir laktatsion yiringli mastit ko'pincha kimlarda bo'ladi:

A. tuqqandan keyin 2-3 xaftadan so'ng*

B. bola 3 yoshga to'lganda

V. bola 2 yoshga kirganda

G. bola 1 yoshga kirganda

D. erkaklarda

13. Mastit infiltrativ bosqichida qanday davo qilinadi:

A. konservativ*

B. radiar kesma

V. yarim oysimon kesma

G. punksiya qilish

D. to'g'ri javob yo'q

14. Vena devorini yallig'lanishi bu:

A. flebit*

B. tromboflebit

V. flebotromboz

G. fleboz

D. vazodilyatatsiya

15. Vena devorini bir vaqtda tromb hosil qilishi bilan yallig'lanishi bu:

A. tromboflebit *

B. flebit

V. flebotromboz

G. limfangait

D. to'g'ri javob yo'q

16. Qo'l barmoqlari to'qimalarini yiringli yallig'lanishi bu:

A. panaritsiy *

B. osteomielit

V. absess

G. tromboflebit

D. to'g'ri javoblar yo'q

17. Barmoq barcha to'qimalarini yiringli yallig'lanishi bu:

A. pandaktilit *

- B. tendovaginit
- V. suyak panaritsiyasi
- G. bo'g'im panaritsiyasi
- D. to'g'ri javob yo'q

18. Suyak ichi Brodi absessi bu:

- A. birlamchi surunkali osteomielit*
- B. o'tkir gematogen osteomielit
- V. surunkali osteomielit
- G. travmatik osteomielit
- D. kontakt osteomielit

19. Qorin pardasini parietal va visseral varaqlarini mahalliy belgilari va intoksikatsiya bilan boruvchi yallig'lanishi bu:

- A. peritonit *
- B. perikardit
- V. plevrit
- G. flegmona
- D. xoletsistit

20. Umumiy yiringli infeksiya bu:

- A. sepsis *
- B. absess
- V. flegmona
- G. osteomielit
- D. mastit

21. Flegmona bu:

- A*. To'qimalarning o'tkir, tarqoq yallig'lanishi.
- B. Barmoq barcha to'qimalarining yallig'lanishi.
- V. Falangalararo bo'g'imning yallig'lanishi.
- G. Apokrin bezlarining yallig'lanishi.

22. Flegmona ko'pincha kuzatiladi:

- A*. Siyrak biriktiruvchi to'qimalarda.
- B. Dag'al chandiq to'qimasida.
- V. Suyak to'qimasida.
- G. Faqat epitelial to'qimada.

23. Absessdan farq qilib flemonada kuzatilmaydi:

- A*. Yallig'lanishni chegaralovchi kapsula.
- B. mushak to'qimalari.
- V. Soch follikulalari.

G. Apokrin bezlari.

24. *Dumba sohasidagi absessni ochishda og'riqsizlantirishning qaysi turini qo'llash maqsadga muvofiq?*

A. o'tkazuvchi.

B. umumiy ingalyasion narkoz.

V. mahalliy.

G*. vena ichi narkozi.

D. Og'riqsizlantirmasdan operatsiya qilish.

25. *Peritonitning terminal bosqichi uchun qaysi simptom hos?*

A. qorin oldingi devori mushaklaring yaqqol ifodalangan taranglashishi.*

B. chuqur intoksikatsiya psixik buzilishlar bilan birgalikda.

V. keskin og'riq sindromi.

G. gektik temperatura, leykoformulasini chapga siljishi.

D. og'riqni kamayishi.

26. *Peritonitning reaktiv bosqichi uchun qaysi simptom ko'proq hos?*

A. gektik temperatura, leykoformulaning chapga siljish.*

B. qorinda og'riqni pasayishi.

G. najasli qayd qilish.

D. ichakning damlashi.

Amaliy qism:

Yuza joylashgan yiringli bo'shliqlarni ochish texnikasi

Maqsad: yuza joylashgan yiringli bo'shliqlarni jarroxlik yo'li bilan davolash.

Ko'rsatmalar: flyuktuatsiya va ultratovush yordamida tasdiqlangan absesslar va flegmonlar:

Kerakli anjomlar: jarroxlik asboblari, kichik xajmli to'plam, skalpel, qon to'xtatuvchi qisqich, 0,5 % novokain eritmasi, jarroxlik qo'lqoplari, bog'lov vositalari, antiseptiklar, shprits .

No	Tadbir	Bajarmadi (0 ball)	To'liq to'g'ri bajardi
1	Kerakli anjomlar: jarroxlik asboblari, kichik xajmli to'plam, skalpel, qon to'xtatuvchi qisqich, 0,5 % novokain eritmasi, jarroxlik qo'lqoplari, bog'lov vositalari, antiseptiklar, shprits .	0	10
2	Bemor holatini tekshirish, qo'layligini aniqlash	0	5
3	Jarrox qo'lkopini kiyish	0	5
4	Jarroxlik maydoniga antiseptik yodonat eritmasi bilan 2 marta ishlov berish	0	5
5	0,5% novokain eritmasi bilan jarroxlik maydonini og'riqsizlantirish o'tkazish	0	5
6	Antiseptik bilan qayta ishlov berish	0	10
7	Infiltrat ustidan teri va teri osti yog' qavatlari kesiladi, yiringli bo'shliq ochiladi	0	10
8	Yiring chiqish qiyin bo'lsa jaroxat kengaytiriladi	0	10
9	Nekrotik to'qimalar kesib olib tashlanadi, to'siqlar ochiladi, «suniy g'orlar» ochiladi	0	10
10	Yiringli bo'shliq 3% vodorod peroksidi eritmasi bilan yuviladi	0	10
11	Yiringli bo'shlik 1:5000 furatsillin eritmasi bilan yuviladi	0	5
12	Yiringli bo'shlik qurutiladi, elektrokoagulyasiya yo'li bilan gemostaz o'tkaziladi	0	5
13	Yiringdan bo'shagan bo'shliq levomekol malxamli doka yoki 10% -Nacl eritmasi shimdirilgan doka bilan tamponlanadi	0	5
14	Aseptik bog'lam qo'yiladi	0	5
	Jami	0	100

Malaka, ko'nikma va bilimni tekshirish usullari:

- Og'zaki;
- test echish;
- vaziyatli masalalar echish;
- egallangan amaliy ko'nikmalarni echish.

Nazorat savollari:

Talabalardagi boshlang'ich bilimni aniqlash maqsadida o'qituvchi quyidagi savollarga javob berishni taklif etadi:

- 1) Furunkul deb nimaga aytiladi?
- 2) Furunkul qaerda uchraydi?
- 3) Furunkulni konservativ va operativ davolash usullari?
- 4) Frunkulyozni davolash kanday amaga oshiriladi?
- 5) Karbunkul deb nimaga aytiladi?
- 6) Karbunkul etiopatogenezi?
- 7) Absess deb nimaga aytiladi?
- 8) Qanday absesslarni bilasiz?
- 10) Flegmona deb nimaga aytiladi?
- 11) Absessni operatsiya qilish qanday amaga oshiriladi?
- 12) Flegmonani operatsiya qilishda qanday kesimlar qo'llaniladi?
- 13) Absess va flegmonalarda operatsiyadan keyingi davrda qanday davo muolajalari buyurish lozim?
- 14) Saramas deb nimaga aytiladi?
- 15) Kanday saramaslarni bilasiz?
- 16) Paraproktit deb nimaga aytiladi?
- 17) Paraproktitni ochish operatsiyasi qanday amaga oshiriladi?
- 18) Paraproktitni ochishda qanday kesmalar qo'llaniladi?
- 19) Mastit deb nimaga aytiladi?
- 20) Qanday mastitlarni bilasiz?
- 21) Mastitni ochish operatsiyasi qanday amalga oshiriladi?
- 22) Mastitni ochish operatsiyasi qanday kesmalar bajariladi?
- 23) Qorin pardasining asosiylari?
- 24) Qorin pardasida yallig'lanish jarayonining tarqalishi bo'yicha peritonitlar tasnifi?
- 25) Mahalliy peritonitning chegaralanishi uchun sharoitlar?
- 26) Diffuz peritonitda yallig'lanish jarayonining tarqalishi?
- 27) Tarqalgan peritonitda yallig'lanish jarayonining qorin pardasi bo'ylab tarqalishi?
- 28) Ekssudat xarakteri bo'yicha peritonitlar tasnifi?
- 29) Peritonitlarning klinik kichishi bo'yicha tasnifi?

30) Peritonitda operatsiyagacha va undan so'ng bemorda o'tkaziladigan intensiv terapiya qo'llashi?

31) Peritonitda gemokonsentratsiya, gipovolemiya va dehidratsiyaga qarshi ishlatiladigan dori-darmonlar?

32) Detoksikatsiya o'tkazish choralari?

33) Peritonitda operatsion kesma?

34) Operatsion vaqtida qorin bo'shlig'ini drenajlash qoidasi.

35) Qorin bo'shlig'ini drenajlashning tipik joylari?

36) Peritonitda qorin bo'shlig'iga infeksiyaga qarshi yuboriladigan dori-darmonlar?

37) Tarqalgan peritonitda qorin bo'shlig'ini operatsiya qilish usullari?

38) Operatsiyadan keyin bemorlarni parenteral ovqatlantirish?

39) Peritonitda parxezga qarshi kompleks terapiya komponentlari?

40) Plevra yiringli kasalliklarini turlari, etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi,

diagnostikasi va davolash. O'lim sabablari.

41) Operasiyadan oldingi tayyorlash muolajalari o'zlashtirish.

42) Diagnostika ilish usullarini o'zlashtirish.

43) Operasiyadan keyingi davolash usullarini o'zlashtirish.

44) Plevra yiringli kasalliklarida qo'llaniladigan operasiyalar turlarini o'rganish.

Qo'llanmada ko'rsatilgan materiallar, 69 ta rasm mt.sammi.uz dan olingan.

Analitik qism:

Grafaning o'quv elementlari.

1. Hasmollarning etiopatogenezi, tushuncha.

2. Panaitsiylar klinikasi, davolash va profilaktikasi.

3. Kaft flegmonlarining etiopatogenezi, tushuncha.

4. Kaft flegmonalari klinikasi, davolash va profilaktikasi.

5. Osteomielit etiopatogenezi, tushunchasi.

6. Osteomielit klinikasi, davolash va profilaktikasi.

7. O'tkir spetsifik xirurgik infeksiya tushuncha.

8. Qoqshol, etiopatogenezi, tushuncha.

9. Qoqsholning klinikasi, davolash.

10. Qoqokshol profilaktikasi. QQZ, QQ immunoglobulini, QQA sinama

usullari, aktiv va passiv emlash.

11. Quydirgi tushuncha etiopatogenezi, klinikasi.

12. Kuydirgini profilaktikasi, davolash, karbunqo'ldan farqlash.

13. Yara difteriyasi kasalligi, epidemiologiyasi, etiopatogenezi.

14. Yara difteriyasi kasalligi, klinikasi, davolash.

Darsni o'zlashtirish uchun talabalarda kritik fikrlash asoslarini shakllantiruvchi **aqliy xujum** pedagogik texnologiyasi qo'llaniladi.

Aqliy xujum senariysi:

1. Hasmol nima?

Javob: Barmoq tukimalarining yiringli yallig'lanishi hasmol deyiladi.

2. Hasmolning etiologiyasi nima?

Javob: Nospetsifik xirurgik infeksiya (stafilokokk, streptokokk, ichak tayoqchasi va x.k.).

3. Hasmolning qanday klinik shakllarini bilasiz?

Javob:

- a) Teri hasmoli
- b) Teri osti hasmoli
- c) Suyak hasmoli
- d) Bo'g'im hasmoli
- e) Pay hasmoli
- f) Paronixiya
- g) Tirnoq osti hasmoli
- h) Pandaktilit

4. Kaft flegmonlarining qanday turlari bor?

Javob: Kaft flegmonalrining turlari quyidagilardan iborat:

- I barmoq do'ngligi – tenar flegmonasi
- V barmoq do'ngligi – gipotenar flegmonasi
- U-simon flegmona
- Komissural flegmona
- Kaft orqa yuzasining teri osti flegmonasi
- Kaft orqa yuzasining aponevroz osti flegmonasi
- Kaft o'rta yuzasi bo'shlig'ining flegmonasi

5. Osteomielit nima?

Javob: Osteomielit deb suyak ko'migining yallig'lanishiga aytiladi.

6. Osteomielitda suyak ko'migiga infeksiya qanday yo'llar bilan tushadi?

Javob: Osteomielit infeksiyaning endogen (gematogen) yoki ekzogen yo'l bilan suyak to'qimasiga tushishi natijasida rivojlanadi.

7. Osteomielitning qanday turlarini bilasiz?

Javob: Osteomielitning quyidagi turlari tafovut qilinadi:

- Gematogen osteomielit, mikroblarning suyakka qon orqali tushishi natijasida kelib chiquvchi turi hisoblanadi.

- Jaroxat yoki travmatik osteomieliti, ikkilamchi kasallik bo'lib, jaroxat infeksiyasining asorati sifatida rivojlanadi.

8. Osteomielit etiologiyasi nima?

Javob: Osteomielitning ko'pincha uchraydigan qo'zg'atuvchilari quyidagilar:

Stafilokokklar 60-80%

Streptokokklar 5-30%

Pnevmokokklar, tayoqchalar va 10-15%

aralash flora

9. Osteomielitning qanday birlamchi o'choqlari bo'lishi mumkin?

Javob: Osteomielitda birlamchi o'choqlar quyidagilar bo'lishi mumkin:

- Furunkullar
- Hasmollar
- Flegmonalar
- Saramas
- Infitsirlangan jaroxat
- Karioz tishlar
- Tonzillitlar
- Burun yondosh bo'shliqlaridagi yallig'lanish jarayonlar

10. Osteomielit rivojlanishiga ta'sir qiluvchi qanday omillarni bilasiz?

Javob: Osteomielit rivojlanishiga ta'sir qiluvchi omillar quyidagilar:

- Anatomo-fiziologik omillar.
- Biologik va immunobiologik omillar.

O'TKIR XIRURGIK INFEKSIYA

● Olib keluvchi omillar (suyaklarning shikasti, mahalliy sovuq qotish, avitaminozlar, umumiy holdan toyish).

11. Qoqsholning etiologiyasi nima?

Javob: B. tetani

12. Qoqsholning inkubatsion davri qancha davom etadi?

Javob: 7-12 kun, ayrim hollarda 3-4 oygacha ham cho'zilishi mumkin.

13. Qoqsholning umumiy formasi necha turga bo'linadi?

Javob: 1. Birlamchi umumiy. 2. Pastga tushuvchi. 3. Yuqoriga ko'tari-luvchi (tirishish jaroxatdan yuqoriga tarqaladi).

14. Qoqsholning mahalliy formasi necha turga bo'linadi?

Javob: 1. Qo'l va oyoq. 2. Bosh (t. Cephalicus) tetanus hydrophobicus deyiladi. 3. Tana qoqsholi (ichki organlar xam kiradi). 4. Cheklangan sohalarda (qo'l, tana va b.)

15. Qoqsholning klinik kechishi necha turga bo'linadi?

Javob: klinik kechishi 4 formada bo'ladi: 1. O'tkir (t. Vehemens) 2. Su-runkali (t. lentus). 3. Klinik belgilari yorqin (t. completus) 4. Klinik belgilari noaniq (t. Ipsompletus).

16. Qoqsholga erta diagnoz qo'yish uchun nimalarga asoslanadi?

Javob: 1. Jaroxatda tortuvchi og'riq, engil mushak tirishishi; 2. Xarakteristik bog'liq bo'lmagan terlash; 3. Orqa sohasida og'riq. 4. Bakterio-logik tekshirish

17. Qoqsholni qaysi kasalliklardan differentsiatsiya qilish lozim?

Javob: strixnindan zaxarlanish, ensefalit, meningit, tetaniya, quti-rish, miozit, bosh miya asosining sinishi, isteriya kabilardan farqlash lozim.

18. Qoqsholning profilaktikasi deganda nima tushuniladi?

Javob: Spetsifik, aktiv-passiv, antitoksik profilaktika deganda orga-nizmning qoqshol toksiniga qarshi himoya kuchini oshirish tushuniladi. Buning uchun qoqsholga qarshi anatoksin bilan aktiv immunizatsiya qilinadi (0,5 ml dan ikki marta 30-40 kun oralig'ida, so'ngra revak-sinatsiya 6-12 oy 0,5 ml) va mushak ichiga 1500-3000 AB (antitoksik birlik) qoqsholga qarshi zardob yuboriladi. Bu muolajalar xar bir tasodifiy jaroxatdan so'ng qilinishi kerak

19. QQ zardob qanday qilinadi?

Javob: Zardob yuborishdan oldin bilakka teri ichiga 1: 1 00 nisbatda eritilgan 0,1 ml zardob yuborib, sinama qilinadi. Agar reaksiya bo'lmasa, teri ostiga 0,1 ml qoqsholga qarshi zardob yuboriladi va 50-70 minut o'tgach qolgan (0,8ml) zardob teri ostiga yuboriladi.

Agar zardobning sinama ampulasi bo'lmasa, qoqsholga qarshi zardobni teri ostiga 0,1 ml, 30 minutdan keyin 0,2ml va 1-1,5 soatdan so'ng qolgan miqdori (0,7ml) yuboriladi.

20. Kuydirgining etiologiyasi?

Javob: B.antracis

21. Kuydirgida inkubatsion davr qancha davom etadi?

Javob: Kasallikning yashirin davri qisqa-2-7 kun.

22. Kuydirgining necha hil formasi mavjud?

Javob: Klinik jixatdan kuydirgining uch turi tafovut qilinadi: teri, o'pka va ichak kuydirgisi.

23. Kuydirgining mahalliy ko'rinishini qanday?

Javob: Kasallik qo'zg'atuvchi joylashgan joyda zangori-pushti rang suyuqlik bilan to'lgan pufakcha, uning atrofida esa shish paydo bo'ladi. pufakcha (maddacha-pustula) yorilgach, yaraning yuzi qalin va qattiq qora (yunoncha-ko'mir demakdir) qo'tir bian qoplanadi. Birlamchi pufakcha atrofida yangi pustulalar paydo bo'ladi, shish kattalashadi, regional limfa tugunchalari kattalashadi. Qora qo'tir tushib ketib, uning o'rnida yara xosil bo'ladi; ayni paytda, bir nechta yara paydo bo'lib, ulardan ozroq yiring chiqib turadi.

24. Kuydirgini davolash usullari nimadan iborat?

Javob: Rux, kseroform yoki antibiotik surtma dorilarni qo'llash bilan bir vaqtda dori-darmonlar bilan davolanish tayinlanadi. Jarroxlik yo'li bilan davolash to'g'ri kelmaydi, chunki bu holda ximoyaviy granulyasion g'ovi buzilishi va keyinchalik infeksiya jarayoni keng tarqalishi mumkin. Keng spektrda ta'sir etuvchi antibiotiklar qo'llaniladi, 50-150 ml spetsifik zardob salvarsan (0,6-1 g venaga) bilan kombinatsiya qilingan holda yuboriladi.

Analitik qism.

Vaziyatli masalalarni echish.

O'qituvchi talabalarni jarroxlik bo'limidan o'quv xonasiga olib kiradi va xar bir talabadan 2-3 vaziyatli savollarga javob olish yo'li bilan o'tgan temani o'zlashtirish darajasini aniqlaydi.

Vaziyatli masalalar.

1. Xirurgiya bo'limiga chap qo'l ko'rsatkich barmog'ining shishganligiga, qizarganligiga, lo'qqillab og'rishiga, uyqusizlikka, ishtaxa pastligiga, tana xaroratining 38°C gacha ko'tarilganligiga va umumiiy xolsizlikka shikoyatlar bilan bemor murojat qildi. Bemorning gapiga qaraganda murojat qilishidan 4 kun oldin shu barmog'iga zirapcha kirib chiqqan, lekin bemor vrachga murojat qilmasdan o'zi mustaqil davolangan. Dinamikada og'riqlar kuchayib yuqoridagi shikoyatlar paydo bo'lgan.

Ob'ektiv tekshirganda: bemorning chap qo'l ko'rsatkich barmog'i distal falangasi kolbasasimon shishgan, qizargan, paypaslaganda keskin og'riqli.

Sizning tashxisingiz va davolash rejangiz qanday?

Javob: bemorda chap qo'l ko'rsatkich barmog'i hasmoli. Bemorga yiringli bo'shliqni ochish operatsiyasini bajarish kerak va antibakterial, yallig'lanishga qarshi, umumiy quvvatlantiruvchi terapiya muolajalarini buyurish zarur.

2. Kabul bo'limiga o'ng kaftining shishib qizarganligiga, og'riqlarga, tana xaroratining 39°C gacha ko'tarilib, titroq tutishiga bosh og'rishiga shikoyatlar bilan duradgor bemor murojat qildi. Anamnezidan bemorning gapiga qaraganda yuqoridagi shikoyatlar oxirgi 2 kundan beri bezovta qila boshladi. Murojat qilishidan 3-4 kun oldin o'ng kaftiga zirapcha kirib chiqqan. Bemor vrachga murojat qilmasdan mustaqil ravishda uyida davolangan.

Mahalliy ko'rikda: o'ng kaft I barmoq do'ngligi sohasi shishgan, taranglashgan, terisi ko'kimtir-qizg'ish rangda bo'lib, paypaslaganda keskin og'riqli. SHu sohada flyuktuatsiya aniqlanadi.

Sizning tashxisingiz va davolash rejangiz qanday?

Javob: bemorda o'ng kaft I barmoq do'ngligi flegmonasi (tenar flegmonasi). Bemorga shoshilinch ravishda xirurgiya bo'limiga yotqizib operativ davo – yiringli bo'shliqni ochish operatsiyasini qilish kerak.

3. Xirurgiya bo'limiga 16 yoshli o'spirin bola chap boldir sohasining shishganligiga, qizarganligiga, og'riqlarga, tana xaroratining 38°C gacha ko'tarilib titrashiga, uyqusizlikka, ishtaxasi pastligiga, va umumiiy xolsizlikka shikoyatlar bilan murojat qildi. Bemorning gapiga qaraganda murojat qilishidan 2 xafta oldin o'rtoqlari bilan

kuchada chang'i uchib yurganida yiqilib boldir sohasi bilan toshga urilgan edi. Bemor bu to'g'risida xech kimga aytmasdan mustaqil ravishda analgetik tabletkalar ichib yurgan. Chunki surunkali tonzilliti bor, tez- tez shamollab turadi va mustaqil ravishda dorilar ichib turardi. Lekin bu gal mustaqil ravshda davolash naf bermasdan yuqoridagi shikoyatlar kuchaygandan kuchayib bormoqda.

Ob'ektiv tekshirganda: bemorning chap boldir sohasi shishgan, qizargan, paypaslaganda va yurganida boldir sohasining yuqori 1/3 qismi sohasida og'riqli. Tana xarorati 38,2°C ni tashkil qiladi.

Sizning tashxisingiz, diagnostik va davolash rejangiz qanday?

Javob: bemorda chap boldir suyagining gematogen osteomieliti to'g'risida uylash mumkin. O'ng bodir suyagini rentgen tekshiruvi tashxisni tasdiqlaydi. Bemorga antibakterial, yallig'lanishga qarshi, umumiy quvvatlantiruvchi terapiya muolajalarini buyurish zarur.

4. Qabul bo'limga o'ng tizza bo'g'imi sohasining shishganligiga, qizar-ganligiga, og'riqlarga, og'riqlar tufayli yurishning qiyinlashganligiga, tana xaroratining 38,5 °S gacha ko'tarilib, titroq tutishiga bosh og'rishiga shikoyatlar bilan duradgor bemor murojat kildi. Anamnezidan bemorning gapiga qaraganda yuqoridagi shikoyatlar oxirgi 2 kundan beri bezovta qila boshladi. Murojat qilishidan 3-4 kun oldin o'ng tizza sohasiga zirapcha kirib chiqqan. Bemor vrachga murojat qilmasdan mustaqil ravishda uyida davolangan.

Mahalliy ko'rikda: o'ng tizza qopqog'i sohasida o'lchamlari 6x5 sm bo'lgan tarang-elastik konsistensiyali, keskin og'riqli, terisi ko'kimtir qizg'ish rangli infiltrat bo'lib, uning markazida flyuktuatsiya aniqlanadi.

Sizning tashxisingiz va davolash rejangiz qanday?

Javob: bemorga o'ng tizza bo'g'imi sohasining prepatellyar bursiti bemorni shoshilinch ravishda xirurgiya bo'limga yotqizib operativ davo – yiringli bo'shliqni ochish operatsiyasini qilish kerak.

5. Qabul bo'limga bilak sohasini 1 hafta oldin go'sht chopayotgan vaqtda jaroxatlab olgan qassob keldi va shu sohada yara paydo bo'lganligiga shikoyat qilib keldi. Mahalliy ko'rik vaqtida zangori-pushti rang suyuqlik bilan to'lgan pufakcha, uning atrofida esa shish borligi aniqlandi. Diagnoz va taktika?

Javob: Kuydirgi. Bemor hospitalizatsiya qilinadi. Rux, kseroform yoki antibiotik surtma dorilarni qo'llash. Keng spektrda ta'sir etuvchi antibiotiklar qo'llaniladi, 50-150 ml spetsifik zardob salvarsan (0,6-1 g venaga) bilan kombinatsiya qilingan holda qo'llash.

6. Xirurgiya bo'limiga tasodifiy jaroxat olib, operatsiya bo'lgan bemorda 7-kuni yuz mushaklarida engil tortishish, og'zini to'liq ocha olmaslik, shu sohada og'riq paydo bo'ldi. Nima xaqida uylash mumkin va taktikangiz?

Javob: Qoqshol xaqida o'ylash mumkin. Zudlik bilan davolash choralarini boshlash lozim.

7. Qabul bo'limga o'ng boldir sohasida 5 kun ilgari tasodifiy jaroxat olgan bemor shikoyat qilib keldi. Bemorning kechasi xarorati 40°S ko'tarilgan, xolsizlangan, jaroxat sohasida mushaklarning ba'zi-ba'zida kuchli tortishishi va og'riq paydo bo'lgan. Ko'rik vaqtida ahvoli o'ng boldirning orqa yuzasida $3 \times 0,3$ sm, qotib qolgan qon bilan qoplangan jaroxat bor, atrofida bir oz qizarish aniqlanadi. Shu sohada mushaklar va terida beixtiyoriy tortishish va xarakat paydo bo'lib turibdi. Diagnostika va taktika?

Javob: Diagnostika: Qoqshol. Zudlik bilan hospitalizatsiya. Qoqsholga qarshi davo choralarini boshlash.

8. 11 yoshli o'g'il bola o'tkir appenditsit bilan operatsiya qilingan. Operatsiya vaqtida shu narsa aniqlanadiki, qorin pardasi ko'karib shishib turibdi. Qorin bo'shlig'idagi suyuqlik yo'q. chuvalchangsimon o'simtani mikroskop bilan tekshirib ko'rganda tashxis – o'tkir appenditsitning flegmona ko'rinishi. Bemor bezovta, qorinning hamma joyida og'riq bor, nafas olishi tez, tomir urishi 120 marta, darajasi $39,8^{\circ}\text{C}$. Shetkin – Blyumberga belgisi musbat, uch marta ichi ketgan. Sizning tashxisingiz va tavsiyangiz.

9. Yosh ayolda birdaniga kindikning paski qismida kuchli og'riq paydo bo'lgan. Bu og'riq qorining o'ng tomonida og'riq bir hil bo'lib, og'riq to'g'ri ichakka beradi. Darajasi $39,8^{\circ}\text{C}$, qon bosimi 110/70. Qorin devori taranglashgan o'ng tarafida og'riq kuchliroq. Shetkin – Blyumberg belgisi musbat. Leykotsit miqdori 10000. Qaysi

kasalliklarni hayolingizga keltirdingiz? Yana qanday tekshirishlar kerak? Qanday davolash mumkin?

10. Bemor 79 yoshda, uch kundan beri kasal. Ahvoli o'ta og'ir, bezovta, xushi uncha o'zida emas. Bemorning gapirishiga ham madori yo'q. Javob berishi ancha qiyin, tana darajasi $39,8^{\circ}\text{C}$, tomir urushi 132 marta 1 daqiqada, tili quruq. Qorin damlagan, og'riq qorining hamma joyida bir hil. Shetkin– Blyumberg belgisi uncha aniq emas. Ichak xarakati eshitilmaydi. Orqa chikaruv teshigi bo'shashgan. Sizning tashxisingiz? Qanday davolash mumkin?

Test savollari:

1. Barmoq distal falangasining teri osti hasmolida qanday kesma bajariladi?

- A* Yonidan.
- B. Xochsimon.
- V. Radiar.
- G. Yarim oval.

2. Pay hasmoli uchun xos:

- A*. Barmoqda passiv xarakatlarning yo'qligi.
- B. Barmoqning to'liq, bir tekis shishishi.
- V. Asosiy falanganing shishishi.
- G. Yozilish holatida barmoqlarni xarakatsizlanishi.

3. Suyak hasmolida kasallik boshlangandan qancha muddatdan so'ng rentgenologik o'zgarishlar paydo bo'ladi?

- A*. 7 kun
- B. 14 kun
- V. 3 kun
- G. 1 oy

4. Hasmolni ochishda novokainning qanday eritmasini qo'llash maqsadga

muvofiq?

- a*. 1% li.
- B.0,5 li.
- V. 0.25 % li.
- G.5 % li.

5. Hasmol deb ataladi:

- A*. Barmoq to'qimalarining yiringli yallig'lanishiga.
- B. Kaft to'qimalarining yiringli yallig'lanishiga.
- V. Bilak to'qimalarining yiringli yallig'lanishiga.
- G. Son sohasi to'qimalarining yiringli yallig'lanishiga.

6. Hasmol ko'proq uchraydi:

- A*. Qo'l barmoqlarining bukuvchi yuzasida.
- B. Qo'l barmoqlarining yozuvchi yuzasida.
- V. Oyok barmoqlarining ostki yuzasida
- G. Oyok barmoqlarining ustki yuzasida

7. Teri hasmolida jarayon kechadi:

- A*. Epidermis ostida.
- B. Epidermis ustida.
- V. Pay qinlari ostida.
- G. Suyak kanalida.

8. Teri hasmolida operatsiya tugallanadi:

- A*. Ko'chgan epidermisni olib tashlash bilan.
- B. Narkoz ostida yiringli bo'shliqni ochish bilan.
- V. Barmoqni ekzartiqulyasiya qilish bilan.
- G. Barmoqni amputatsiya qilish bilan.

9. Teri osti hasmolida jarayon kechadi:

- A*. Teri osti qavatida.
- B. Pay qinlarida.
- V. Bo'g'im bo'shliqlarida.
- G. Suyak to'qimasida.

10. Teri osti hasmolida operatsiyaga ko'rsatma bo'lib xazmat qiladi:

- A*. Birinchi uyqusiz tun.
- B. Teri giperemiyasi.
- V. Barmoq to'qimalarining shishi.
- G. Paypaslaganda og'riq.

11. Teri osti hasmolini operatsiya qilishda anesteziyaning turi:

- A*. Oberst - Lukashevich bo'yicha o'tkazuvchi anesteziya.
- B. Vişnevskiy bo'yicha infiltratsion anesteziya.
- V. Lidokain aerezoli bilan terminal anesteziya.

G. Vagosimpatik blokada ostida.

12. Pay hasmoli deb ataladi:

A*. Pay qinlari va sinovial qobiqlarning yallig'lanishiga.

B. Falangalararo bo'g'imning yallig'lanishiga.

V. Soch qopchalarining yallig'lanishiga.

G. Apokrin bezlarining yallig'lanishiga.

13. Suyak hasmoli bu:

A*. Falangalar osteomieliti

B. Falangalararo bo'g'imning yallig'lanishi.

V. Soch qopchalarining yallig'lanishi.

G. Apokrin bezlarining yallig'lanishi.

14. Tirnoq osti hasmolida yiring to'planadi

A*. Tirnoq ostida.

B. Teri osti qavatida.

V. Pay qinlarida.

G. Bo'g'imlar bo'shliqlarida.

15. Paronixiya bu:

A*. Tirnoq atrof valigining yallig'lanishi.

B. Falangalar osteomieliti

V. Falangalararo bo'g'imning yallig'lanishi.

G. Apokrin bezlarining yallig'lanishi.

16. Pandaktilit bu:

A*. Barmoq barcha to'qimalarining yallig'lanishi.

B. Falangalar osteomieliti

V. Falangalararo bo'g'imning yallig'lanishi.

G. Apokrin bezlarining yallig'lanishi.

17. Pandaktilitni davolash:

A*. Faqat operativ, xirurgik yo'l bilan barmoq olib tashlanadi.

B. Faqat konservativ.

V. Faqat antibiotikoterapiya.

G. Faqat fizioterapiya.

18. O'tkir spetsifik xirurgik infeksiya turlari:

A. Qoqshol

B. Kuydurgi

V. Quturish

G. Hammasi

19. Qoqsholni tasnifi qo'zg'atuvchining tushish joyiga qarab:

A. Jaroxat

B. Infeksiyadan so'ng

V. Kuyishdan

G. Elektr shikastdan

D. Tug'ish yo'lidan

20. Qoqsholning inkubatsion davri:

A. Tayokchasining dozasi va virulentligi

B. Jaroxatni lokalizatsiyasi

V. Bemorni immunobiologik holati

G. Hammasi

21. Qoqsholni davolash

A. Tonik va klonik birikishlarini kamaytirish

B. Qoqshol toksinini kamaytirish

V. Ikkilamchi asoratlarni oldini olish

G. Hammasi

22. Kuydirgini kasalliklardan farklash

A. Chipqondan

B. Karbunkuldan

V. Sadoku kasalligidan

G. Hammasi

Amaliy kism.

Yuza joylashgan yiringli bo'shliqlarni ochish texnikasi

Maqsad: yuza joylashgan yiringli bo'shliqlarni jarroxlik yo'li bilan davolash.

Ko'rsatmalar: flyuktuatsmya va ultratovush yordamida tasdiqlangan absesslar va flegmonlar:

Kerakli anjomlar: jarroxlik asboblari, kichik xajmi to'plami, skalpel, qon to'xtatuvchi qisqich, 0,5 % novakain eritmasi, jarroxlik qo'lqoplari, bog'lov vositalari, antiseptiklar, shprits .

No	Tadbir	Bajarmadi (0 ball)	To'liq to'g'ri bajardi
1	Kerakli anjomlar: jarroxlik asboblari, kichik xajmi to'plami, skalpel, qon to'xtatuvchi qisqich, 0,5 % novokain eritmasi, jarroxlik qo'lqoplari, bog'lov vositalari, antiseptiklar, shprits .	0	5
2	Bemor holatini tekshirish, qulayligini aniqlash	0	5
3	Jarrox qo'lqopini kiyish	0	5
4	Jarroxlik maydoniga antiseptik yodli eritma bilan 2 marta ishlov berish	0	5
5	0,5% novokain eritmasi bilan jarroxlik maydonini og'riqsizlantirish o'tkazish	0	5
6	Antiseptik bilan qayta ishlov berish	0	10
7	Infiltrat ustidan teri va teri osti yog' qavatlari kesiladi, yiringli bo'shliq ochiladi	0	10
8	Yiring chiqish qiyin bo'lsa jaroxat kengaytiriladi	0	10
9	Nekrotik to'qimalar kesib olib tashlanadi, to'siqlar ochiladi, «suniy gorlar» ochiladi	0	10
10	Yiringli bo'shlik 3% vodorod peroksid eritmasi bilan yuviladi	0	10
11	Yiringli bo'shlik 1:5000 furatsillin eritmasi bilan yuviladi	0	5
12	Yiringli bo'shliq qurutiladi, elektrokoagulyasiya yo'li bilan gemostaz o'tkaziladi	0	5
13	Yiringdan bo'shagan bo'shliq levomikol malhamli doka yoki 10% -Nacl eritmasi shimdirilgan doka bilan tamponlanadi	0	5
14	Aseptik bog'lam qo'yiladi	0	5
	Jami	0	100

O'TKIR XIRURGIK INFEKSIYA

Jaroxatga birlamchi xirurgik ishlov berish (JBXIB).

Maqsad: jaroxatda spetsifik (anaerob infeksiya, qoqshol) va nospetsifik infeksiya (yiringlash) ni oldini olish, o'lgan to'qimalarni olib tashlash, gemostaz.

Ko'rsatma: tinchlik davridagi xar qanday jaroxatlarga 12 soatgacha.

Jixozlar: spirt 70°-10,0, yod eritmasi novokain eritmasi 0,5%-li-100,0, antiseptik, skalpel, pinset, zajimlar, igna tutgich, ignalar, steril iplar, qaychilar, shariklar, salfetkalar, leykoplaster.

Bajarilish tartibi.

Qadamlar	Tadbir	Bajarmadi (0 ball)	To'liq to'g'ri bajardi
1.	Amaliyot sohasiga antiseptiklar bilan ishlov	0	20
2.	Mahalliy novokainli og'riqsizlantirish,	0	20
3.	Berish skalpel bilan jaroxat atrofi to'qimasini kesish	0	20
4.	Gemostaz	0	20
5	Jjaroxatni qavatma-qavat tikish	0	15
6	Barcha maishiy va ishlab chiqarishda olingan jaroxatlarga QQZ va qoqshol anatoksini sxema bo'yicha qilinadi	0	5
	Jami	0	100

7. Malaka, bilim va ko'nikmani baholash usullari

A. Og'zaki savol-javob:

B. 6 punktida ko'rsatilgan vaziyatli masalalarni echish.

V. Amaliy ko'nikmalarni qadamba-qadam bajarish:

8. Tekshiruv savollari.

Talabalardagi boshlang'ich bilimni aniqlash maqsadida o'qituvchi quyidagi savollarga javob berishni taklif etadi:

1. Hasmol nima?

2. Hasmolning etiologiyasi nima?

3. Hasmolning qanday klinik shakllarini bilasiz?

4. Kaft flegmonlarining qanday turlari bor?

5. Osteomielit nima?

6. Osteomielitda suyak kumigiga infeksiya qanday yo'llar bilan tushadi?
7. Osteomielitning qanday turlarini bilasiz?
8. Osteomielit etiologiyasi nima?
9. Osteomielitning qanday birlamchi o'choqlari bo'lishi mumkin?
10. Osteomielit rivojlanishiga ta'sir qiluvchi qanday omillarni bilasiz?
11. O'tkir xirurgik infeksiya, tushuncha?
12. O'tkir xirurgik infeksiyaning tasnifi?
13. Qoqshol, etiopatogenezi?
14. Qoqsholni tasnifi?
15. Qoqshol klinikasi va asorati?
16. Qoqsholda birinchi yordam, unda birlamchi xirurgik ishlovni ahamiyati?
17. Qoqsholni emlash turlari?
18. Qoqsholni davolash?
19. Kuydirgi, etiopatogenezi, klinikasi?
20. Kuydirgini boshqa kasalliklardan farqlash?
21. Kuydirgini davolash, profilaktikasi?
22. Peritonitning turlari, etiopatogenezi, tasnifi, klinikasi, diagnostika va davolash, o'lim sababi.
23. Operatsiyadan oldingi tayyorlash muolajalarini o'zlashtirish.
24. Diagnostika qilish, usullarini o'zlashtirish.
25. Bemorlarni operatsiyadan keyingi davolash usullarini o'zlashtirish.
26. Davolashda qo'llaniladigan operatsiyalar turlarini o'rganish.
27. Plevra empiemasi nima?
28. Plevra empiemasi bilan ko'proq asoratlanadigan kasalliklar?
29. Plevra bo'shlig'iga infeksiya kirish yo'llari?
30. Plevra total empiemasi nima?
31. Chegaralangan empiemaning joylashuvi bo'yicha tasnifi?
32. Plevra empiemasi rivojlanish klinika rentgenologik stadiyalar?

33. Plevra o`pkalardagi ikkilamchi o`zgarishlar sababi?
34. Plevra empiemasida bemorlarning asosiy shikoyatlari?
35. Plevra empiemasida bemor ko`krak qafasini bevosita tekshirganda aniqlanadigan o`zgarishlar?
36. Plevra total empiemasining rentgenologik o`zgarishlari?
37. Plevra chegaralangan empiemasining rentgenologik ko`rinishi?
38. Plevra bo`shlig`idagi yiringli evakuasiya qilish yo`llari?
39. Empiemada plevra bo`shliqidagi manfiy bosimning bog`lovchi ta'miri?
40. Plevra empiemasida operativ davolash uchun ko`rsatmalar?
41. Pnevmotoraks nima?
42. Pnevmotoraksning asosiy simptomlari?
43. Pnevmotoraksda bemor ko`krak qafasini bevosita tekshirganda aniqlanadigan o`zgarishlar?
44. Plevra bo`shlig`idan yiring va havoni chiqarish usullari?
45. Plevra surunkali empiemasida o`pka to`qimasida va empiema kapsulasida kuzatiladigan o`zgarishlar?
46. Plevra surunkali empiemasining klinik ko`rinishi?
47. Plevra surunkali empiemasining bemor ko`krak qafasi bevosita tekshirilganda aniqlanadigan o`zgarishlar?
48. Plevra surunkali empiemasining asosiy rentgenologik belgisi?
49. Tashqi plevra sxemasi bo`lgan hollarda empiema bo`shlig`ini o`rganish uchun o`tkaziladigan tekshirishlar?
50. Plevra surunkali empiemasida qo`llaniladigan operatsiyalar?

Tavsiyanomada ko`rsatilgan materiallar, 69 ta rasmi mt.sammi.uz dan olingan.

TAVSIYA ETILADIGAN ADABIYOTLAR

Asosiy

1. Oripov U.A., Karimov Sh.N. Umumiy xirurgiya-2008., Toshkent-522 b.
2. Oripov U.A., Karimov Sh.N. Umumiy xirurgiya-1994., Toshkent-522 b.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия: Учебник. – М.: Медицина, 2005 г.
4. Общая хирургия: Учебник. / М.Д.Желиба, С.Д.Химич, И.Д.Герич и др.: под ред. профессоров М.Д.Желибы, С.Д.Химича. - М.: ВСВ "Медицина", 2010. - 448 с.
5. Петров С.В. Общая хирургия: Учебник.. - СП. ПИТЕР,2010 г.

Qo'shimcha

1. Рычагов Г.П. Общая хирургия – Белоруссия, 2002.-868 с.
2. Зубарев П.Н. Практикум по курсу общей хирургии – СПб, 2004.-226 с.
3. Петров С.В. Общая хирургия – СПб, 1999.-659 с.
4. Евсеев М.А. Уход за больными в хирургической клинике – М., 2008.-192 с.
5. Горюнов С.В. Гнойная хирургия – М., 2004.-543 с.
6. Горюков С.И., Ромашов Д.И. «Гнойная хирургия» Атлас. Москва 2001 г.
7. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. Руководство для врачей. –М.: Медицина, 1996.-416 с.

Internet ma'lumotlari:

1. www.med.knig.biz/index.php
2. www.tgma.ru/formation/kafedra_vulnus.htm
3. www.bookmed.ru/illustrated.php
4. shop.medicinform.net/showtov.asp..

M.I. Rustamov, Z.Ya. Saydullaev, I.M. Rustamov

O'TKIR XIRURGIK INFEKSIYA

(O'quv qo'llanma)



“TIBBIYOT KO‘ZGUSI” NASHRIYOTI

Mas'ul muharrir — Madina Mirzakarimova

Musahhah — Olim RAXIMOV

Texnik muharrir — Nodir Isayev

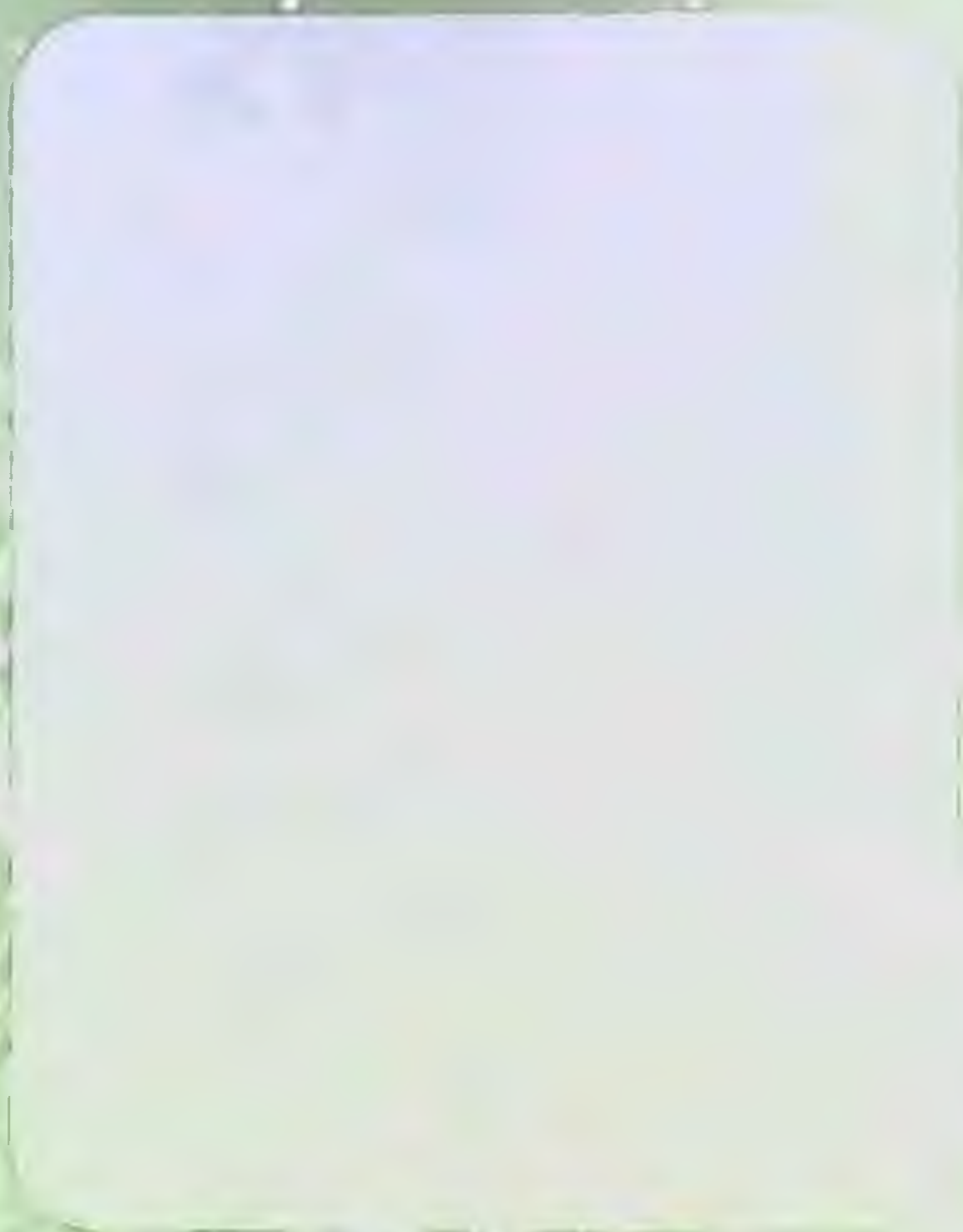
Dizayner va sahifalovchi — Shahobiddin Zamonov

“TIBBIYOT KO‘ZGUSI” bosmaxonasida chop etildi.

Pochta indeksi 140100. Samarqand shahar,

Amir Temur ko‘chasi, 18-uy.

Bosishga 31.05.2021 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 5
Bichimi 60x84^{1/16}. “Times New Roman” garniturasini. 6.05 bosma
taboq. Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 6 / 12.04.2022
Tel: (99) 448-80-19.



9 789943 836174