

Ш.Ю. АБДУЛЛАЕВ, Д.З. ЮСУПОВА

**ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИДА ОДОНТОГЕН
ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИҒЛАНИШ
ЖАРАЁНЛАРИНИНГ
ОҒИР АСОРАТЛАРИ**



617.52
A 280

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

Ш.Ю. АБДУЛЛАЕВ, Д.З. ЮСУПОВА

**ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ
ОДОНТОГЕН ЙИРИНГЛИ-
ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИ
ОҒИР АСОРАТЛАРИ**

Юз веналари тромбофлебити, каверноз синус
тромбози, одонтоген медиастинит

Ўқув кўлланма



Тошкент-2023

УДК 617– 089. 844

ББК: 56.6

A28

Абдуллаев Ш.Ю. ва бошқ.

Юз-жағ соҳаси одонтоген йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари. Юз веналари тромбофлебити, каверноз синус тромбози, одонтоген медиастинит. Ўқув қўлланма. Ш.Ю. Абдуллаев, Д.З. Юсупова. – Тошкент.: “Lesson Press” нашриёти, 2023 й. – 84 б.

Муаллифлар:

Ш.Ю. Абдуллаев,

т.ф.д., профессор ТДСИ юз-жағ касалликлари
ва жароҳатлари кафедраси мудири;

Д.З. Юсупова,

PhD юз-жағ касалликлари ва жароҳатлари кафедраси ассистенти;

Такризчилар:

Р.А. Амануллаев

ТДСИ Болалар юз-жағ жарроҳлиги кафедраси мудири, т.ф.д. профессор;

А.С. Алимов,

врачлар касбий малакасини ошириш маркази 1-стоматология кафедраси
мудири т.ф.д. профессор.

Қўлланмада юз веналари тромбофлебити, каверноз синус тромбози, одонтоген медиастинит билан оғриган беморларда касалликни патогенези, клиник симптомлари, текширув режалари ёритилган. Даволаш ва реабилитация тамойиллари ёзилган. Қўлланмада мустақил тайёргарлик ва билимни якуний даражаси назорати учун тест саволлари берилган.

Ўқув қўлланма стоматология факультети 4- ва 5- курслар талабалари а, клиник ординаторлар, докторантлар, шифокор-стажерлар, юз-жағ жарроҳлари, стоматологлар учун мўлжалланган.

ISBN 978-9943-5962-7-1

© Ш.Ю. Абдуллаев, Д.З. Юсупова, 2023

© “Lesson Press” нашриёти, 2023

КИРИШ

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари ҳозирги вақтда камайиши кузатилмаяпти. Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари билан госпитализация қилинган беморлар 27,2 дан 61% гачани ташкил этапти [3, 23]. Барча ургент оператив муолажаларнинг 25% оғиз туби флегмонаси, 5% ютқин ёни соҳаси, 6% бўйин ён соҳаларига, 1% медиастенитларга тўғри келади. Шу билан бир вақтда юз-жағ жаррохлиги клиникисада мутахассислар трахея интубациясининг қийин ҳолатига дуч келишяпти.

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари асоратлари орасида бронхопульмонал асоратлар(47,1%), медиастинит (41,2%) ва сепсис (35,3%). кўпроқ учрамоқда. Беморларни ўртача стационардаги даволаниш вақти $1,5 \pm 0,9$ суткани ташкил этди. Ўлим ҳолатини асосий сабаблари интоксикация (35,3%) ва сепсис (29,3%) бўлди [24].

Кўриб ўтиладиган соҳада йирингли-яллиғланиш жараёнлари ривожланиш омили микроб инвазияси кўпроқ одонтоген этиологияли ҳисобланади [5, 7]. Кейинги йилларда юз веналари тромбофлебити, каверноз синус тромбози, медиастинит каби асоратлар кўпроқ кузатилмоқда. Бу бир томондан патологик ўчоқдаги микроб флорасини ўзгариши билан боғлиқ. Ҳозирги пайтда микроблар грамм мусбат аэроблар ассоциацияси ва турли анаэроблардан иборат бўлаяпти. Булар оғиз бўшлиғи нормал микрофлораси бўлиб, уларнинг сони аэроблардан 10 дан 100 мартагача кўпни ташкил этади ва юз-жағ соҳасида йирингли-яллиғланиш жараёнларини ривожланишида муҳим рол ўйнайди. [42]. Бошқа томондан кўрсатилган факт пациент организми гиперергик реакцияси, хужайравий деструкция, интоксикация ва турли тизим ва аъзолар функционал ҳолатини ўзгариши билан боғлиқ. Бу тоифа беморлар давосининг натижаси йирингли ўчоқни ўз вақтидаги жаррохлик муолажаси – йирингли ажралмага адекват ажралиши учун шароит яратиб берадиган йирингли ўчоқни бирламчи хирургик ишлови, адекват анестезия, бузилган гомеостазни самарали коррекцияси ҳисобланади.

ЮЗ ВЕНАЛАРИ ТРОМБОФЛЕБИТИ

Юз веналари тромбофлебити – бу вена кон томирларини ўтқир яллиғланиши ва ўраб турувчи тўқималарнинг тромбозидир(жуда оғир кечади, кийин даволанади ва ўлим билан тугашини сабаби бўлиши мумкин.) Томир деворларини зарарланиши куйидаги холатларда кузатилади:

- 1) пациент организми реактивлиги пасайганида;
- 2) кон окими секинлашганида;
- 3) томир девори зарарланганида;
- 4) кон таркиби ўзгарганида ва уни ивиш вақти кўтарилганида (эндофлебитда) яллиғланиш жараёни бириктирувчи тўқимадан (клетчатка) кон томир ташки деворига ўтганида (перифлебитда).

Барча холатларда яллиғланиш жараёнига венанинг барча деворлари жалб этилади ва венада тромб ҳосил бўлади.

Юз-жағ соҳаси артериялари, веналари ва лимфатик томирлари анатомио-топографик хусусиятлари

Юз веналари ва бош мия синуслари тромбофлебити ривожланишида юз-жағ соҳасида артериялар, веналар ва лимфатик кон томирларининг кўплиги ва уларни мия қаттиқ пардаси веналари билан алоқаси катта аҳамиятга эга (расм 1, 2, 3). М.А. Сресели (1945) текширувлари билан юз соҳасида йиринглашларда яллиғланиш жараёни синусларга нафақат бурчак венаси, балки анастомозлар орқали ўтиши ҳам исботлаб берилган. Юз веналари билан мия қаттиқ пардаси синусларида клапанлар деярли бўлмади ва яллиғланиш жараёнларида кон окими уларда ўзгариши, бу эса инфекцияни мия қаттиқ пардасига тарқалишига олиб келиши мумкин (расм. 4).



Расм. 1. Ю.Л. Золотко (1964) бўйича бош ва бўйин артериялари схемаси: 1 – чакка юза артерияси, энса шохи (a. temporalis superficialis, ramus parietalis); 2 – чакка юза артерияси (a. temporalis superficialis); 3 – умуртқа артерияси (a. vertebralis); 4 – ички уйқу артерияси (a. carotis interna); 5 – юкори калконсимон артерияси (a. thyroidea superior); 6 – тил артерияси (a. lingualis); 7 – ташки уйқу артерияси (a. carotis externa); 8 – юз артерияси (a. facialis); 9 – кўрув артерияси (a. ophthalmica); 10 – чакка юза артерияси, пешона шохи (a. temporalis superficialis, ramus frontalis) [13].



Расм. 2. Ю.Л. Золотко (1964) бўйича бош ва бўйин веналарни схемаси : 1 – чакка юза венаси (*v. temporalis superficialis*); 2 – пастки жағорти венаси (*v. retromandibularis*); 3 – юза бўйинтирик венаси (*v. jugularis externa*); 4 – ички бўйинтирик венаси (*v. jugularis interna*); 5 – юкори жағ венаси (*v. maxillaris*); 6 – канотсимон жағ чигали оралинги (*plexus pterigoideus*) ва юз венаси бирикши (*v. facialis*); 7 – канотсимон чигал (*plexus pterigoideus*); 8 – бурчак венаси (*v. angularis*); 9 – пастки кўрув нерви венаси (*v. ophthalmica inferior*); 10 – юкори кўрув венаси (*v. ophthalmica superior*); 11 – ғоваксимон синус (*sinus cavernosus*) [13].



Расм. 3. Ю.Л.Золотко (1964) бўйича лимфа томирлари ва тугунлари схемаси (олд ва ён томонидан кўриниши) 1 – бўйинни чуқур (юкори) лимфатик тугунлари (*nodii lymphatici cervicales profundi*); 2 – бўйинни чуқур (пастки) лимфатик тугунлари (*nodii lymphatici cervicales profundi*); 3 – паратрахеал лимфатик тугунлар (*nodii lymphatici tracheales*) [13].

ЮЗ ВЕНАЛАРИ ТРОМБОФЛЕБИТИ ПАТОГЕНЕЗИ

Тромбофлебит патогенезида куйидаги омиллар ахамиятга эга:

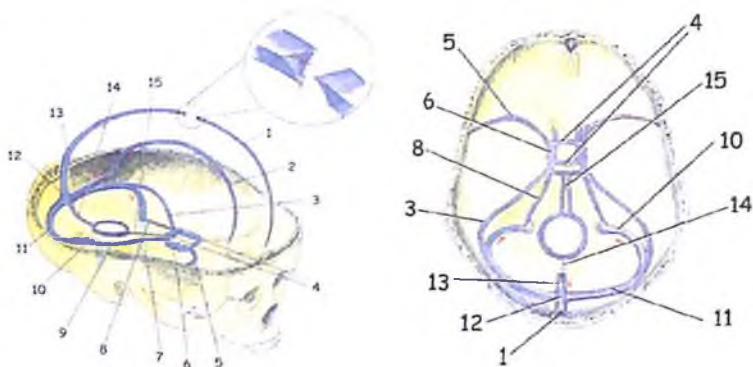
- юз-жағ соҳаси йирингли некротик инфекциясида тўқималарнинг парчаланиши натижасидаги микробли аллергия ва аутоаллергия ;

- вена кон томирлари эндотелийс яллиғланиш ва травматик жароҳатлари, айниқса сенсбиллашган организмда вена кон томирининг жароҳатланган қисмида томир ичида кон ивишига мойиллик пайдо қилиб, кейинчалик тромбозга ўтади;

- носпецифик реактивликни пасайиши ва организм аллергик реактивлигини ошишини осонлаштирувчи стафилококк агрессив экзотоксини;

- кўплаб анастомозлари бўлган юзни лимфатик ва вена томирлари қалин тўрини борлиги;

- юз ва бурун бўшлиғи веналарининг кўз, канот-танглай чуқури ва ғоваксимон синус билан алоқаси;
- томир ичи кон ивишини кучли бузилиши;



Расм. 4. В.В. Квашуку (2002): мия қаттиқ пардаси синуслари (*sinus durae matris encephali*) 1 – юқори найзасимон синуси (*sinus sagittalis superior*); 2 – пастки найзасимон синуси (*sinus sagittalis inferior*); 3 – юқориги тошсимон синус (*sinus petrosus superior*); 4 – ғоваклараро синуси (*sinus intercavernosi*); 5 – понасимон-энса синуси (*sinus sphenoparietalis*); 6 – ғоваксимон синуси (*sinus cavernosus*); 7 – ички бўйинтирик венаси (*v. jugularis interna*); 8 – пастки тошсимон синуси (*sinus petrosus inferior*); 9 – юқори тошсимон синуси (*sinus petrosus superior*); 10 – сигмасимон синуси (*sinus sigmoideus*); 11 – кўндаланг синуси (*sinus transversus*); 12 – синусли қиялик (*confluens sinuum*); 13 – тўғри синус (*sinus rectus*); 14 – энса синуси (*sinus occipitalis*); 15 – қиялик синуси (*sinus clivi*) [17].

Тромбофлебит патогенезида учта босқичдан ўтувчи гемостаз тизимидаги бузилишлар муҳим аҳамиятга эга:

➤ биринчи босқичда қон ва тўқима тромбопластин ҳосил бўлади;

➤ иккинчи босқичда тромбопластин таъсирида қон протромбини тромбинга ўтади;

➤ учинчи босқичда тромбин таъсирида қон фибриногени фибрин мономерга, бу эса ўз навбатида фибрин полимерга айланади.

Фибрин-мономерни фибрин-полимерга ўтиши плазмада, тромбоцитларда, вена қон томирлари деворларида ва бошқа

тўқималарда бўладиган 13- фактор таъсири остида бўлади. Вена кон томири деворини шу жойда зарарланишида томирдан чиққан қондан куйка ҳосил бўлади ва фибрин-мономер қон плазминида енгил эриб кетади ҳамда қон томирини қон учун ўтказувчанлиги сақланади ёки тикланади. Агар куйка фибрин-полимерга ўтса, томирнинг бу қисмида тромб ҳосил бўлади, чунки фибрин-полимер плазминда деярли эрмайди. Бу тромбофлебитда кузатилади. Бунга гемостаздаги куйидаги ўзгаришлар характерли:

- веноз қони ивиш вақти қисқаради (4 минутдан 55 секундгача 11 минут 55 секунд Ли ва Уайт усули бўйича аниқланганида);
- қонда фибриноген миқдори ошади (5-7 дан 10-12 мг/млгача (Мачабели усули бўйича аниқланганида));
- қон тромбини «индикатори» Б фибриноген фракцияси пайдо бўлади – (нормада у қонда бўлмайди (Лайонис усулида аниқланганида));
- 13- факторни фаоллиги ошади (43-73 дан 80-90 секундгача (Балуда усулида аниқланганида));
- фибринолиз пасаяди;
- протромбин индекси турли чегараларда ўзгариши ёки меъёрида қолиши мумкин. Ундан билвосита антикоагулянтларни дозалашда назорат учун фойдаланиш мумкин.

Юз веналари тромбофлебитни клиник кўриниши ва диагностикаси

Юз веналари тромбофлебитдан аввал юз-жағ соҳасида йирингли-яллиғланиш жараёнлари кузатилади.

Кўпинча бу касаллик юз-жағ соҳаси турли кўринишдаги пиодермиялари: стафилококкли ва бошқа микроб инфекцияси билан асоратланган фолликулитлар, фурункуллар, карбункуллар, микрожароҳатлар натижаси бўлиши мумкин (йирингли-яллиғланиш ўчоғини уни сиқишда жароҳатланиши мумкин).

Юз-жағ соҳасида пиодермиясини энг хавфли локализацияси бўлиши мумкин:

- юқори лаб;
- бурун тўсиғи ва қанотлари;
- ковоклар;
- пастки лаб;
- ияк.

Касаллик кўзгатувчиси бошка микроорганизмлар билан биргаликдаги патоген стафилококк ҳисобланади. Стафилококк кўпинча қатор антибиотикларга резистент бўлади.

Юз веналари клиник кўриниши ўз ичига олади:

1) бурчак ва юз веналари бўйлаб кескин шиш ва тўқималар инфилтратсияси, оғрикли инфилтратлар;

2) инфилтратсия соҳасида кучли оғриқ ва кўкимтир ранг аниқланади;

3) шиш инфилтрат ташқарисига ҳам тарқалади (расм. 5);

4) кўз олмалари ҳаракати сақланган;

5) пациент организмида кучли интоксикация :

- юкори тана ҳарорати 39-40°C гача,
- қалтирашлар,
- тери қопламлари рангсиз



Расм. 5. Ўнг томон лунж соҳаси чипконини сиққанидан кейинги юз венаси тромбоздан ривожланган пациент кўриниши

• яллиғланиш жараёнига ҳос қондаги бироз ўзгаришлар (формулани чапга силжиши билан лейкоцитоз, ЭЧТ 60 мм/соатни ташкил этади),

• қон таҳлилида токсик нефритга ҳос ўзгаришлар аниқланади.

Юз веналари тромбозидан бор беморлар клиник кўриниши сарамас яллиғланишини кечинини эслатади. Тери ранги бинафша тусига эга, бу тери орқали тромбозланган веналарини ёритиб кўриниши ҳисобига кузатилади. Пальпация қилинганда вена қон томирлари бўйлаб чўзиладиган “арқон” кўринишидаги қаттиқлик аниқланади». Шиш ва гиперемия сарамас яллиғланишидаги каби аниқ чегараларга эга эмас, қаттиқ газак эса аста-секин ўзгармаган тўқималарга тарқалади, юз веналари тромбозидан қовоқлар

каттиқ инфилтрланган бўлиши мумкин, сарамасда эса ковоқлар шиши инфилтрациясиз кузатилади.

Юз-жағ соҳаси чипқон ва хўппози бор беморлардан фаркли равишда тромбофлебити бор беморларда кучли бош оғриғи, қалтирашюз веналари пальпация қилинганида кучли оғрик, қаттиқ арқон борлиги аниқланади. Чипқон ва хўппозда марказида бир ёки бир нечта некроз ўчоғи бўлган қаттиқ, оғрикли газак аниқланади.

Тромбофлебитик жараёни кўз веналари бўйлаб ретробульбар соҳага тарқалганида бир ёки иккала кўз олмасида экзофтальм, кейинчалик ғоваксимон бўшлик тромбози кузатилиши мумкин.

Юз веналари тромбофлебитини комплекс даволашни патогенетик тамойиллари

Даволаш йўналтирилган бўлиши керак:

- инфекция билан курашишга;
- интоксикация билан курашишга;
- яллиғланиш чегараларин кенгаймаслиғи;
- гемостаз бузилишлари билан курашишга.

Юз-жағ соҳаси тромбофлебитини патогенетик давоси қуйидаги асосий вазиятларни ўз ичига олиши керак:

1) касалликни биринчи белгилари пайдо бўлиши билан беморлар госпитализация қилиниб палата ёки интенсив терапия бўлимига жойлаштирилиши керак;

2) яллиғланиш ўчоғидан экссудат (патоген микрофлорани антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш учун) ва венадан қон олинади (коагулограмма кўрсаткичларини ва бактериемияни аниқлаш учун);

3) яллиғланиш жараёни бир вақтда иккидан ортиқ анатомик соҳани эгаллаган бўлса, ёки ғоваксимон синус тромбози бор бўлса v. Subclavia катетеризация қилиниб, катетр албатта

С2- С3 умуртқалар соҳасида ташки уйқу артериясига ёки умумий уйқу артериясига ўрнатилган бўлиши керак;

4) юмшоқ тўқималар декомпрессиясини яратиш ва инфекция тарқалишини олдини олиш учун йирингли -яллиғланиш инфилтратини эрта кесиб қўйилади;

5) бемор организми интоксикациясини камайтириш мақсадида я дезинтоксикацион терапи ўтказиладия: гемодез, глюкоза эритмаси, реополиглокин, реоглюман қўйилади;

6) кислота-ишкор балансини тиклаш учун 4% бикарбонат натрий эритмаси тайинланади;

7) Вена ичига ёки артерия ичига кенг спектрли антибиотиклар киритилади;

8) Томир ичида қон ивишини олдини олиш мақсадида вена ичига ҳар 4-6 соатда 5000 бирликда гепарин (қон ивишини назорати остида) юборилади, юмшоқ гипопогуляцияга эришилгандан сўнг ушбу препаратни ўша дозаларда, ўша интервалда мушак орасига киритилади;

9) носпецифик гипосенсибилизация терапия тайинланади.

КАВЕРНОЗ (ҒОВАКСИМОН) СИНУС ТРОМБОЗИ

Кавреноз (говаксимон) синус тромбози куйидаги асосий белгилари билан характерланади:

➤ кўзда қон айланишини ва калла-мия нервлари функциясини бузилиши (кўзни ҳаракатлантирувчи, ғалтаксимон, кочирадиган, ушшоҳли);

➤ септико-пиемик ҳолат;

➤ кўз олмаси қон айланиши бузилиши.

Каверноз (ғоваксимон) синус тромбози клиник кўриниши ва диагностикаси

Бу касалликда симптомокомплекс доим бирхилда бўлмайди, чунки турли даражадаги зарарланиш юзага келади (флебит кўринишидан синус деворлари йирингли эриб кетувчи тромбозгача).

Беморлар кучли бош оғриғи, ҳолсизлик, дармонсизлик ва кўз соҳасида кучли оғриққа шикоят қиладилар. Тери гиперемияси ва веналарни яққол қаттиқ шиши кузатилиб, кўз ёриғини очишни имкони бўлмайди. Бу кўз косаси юмшоқ тўқималари инфилтрацияси билан боғлиқ. Кўз қорачиғи ва кўз туби веналарини кенгайиши, хемоз, кўз олмасини бўртиб қолиши (экзофтальм), кўзни

харакатлантирувчи нервлар парези сабабли кўз ҳаракатини чегараланиши ёки ҳатто ҳаракатини йўқ бўлиб қолиши мумкин (бу нервлар ғоваксимон бўшлиқ орқали ўтади).(расм.6)

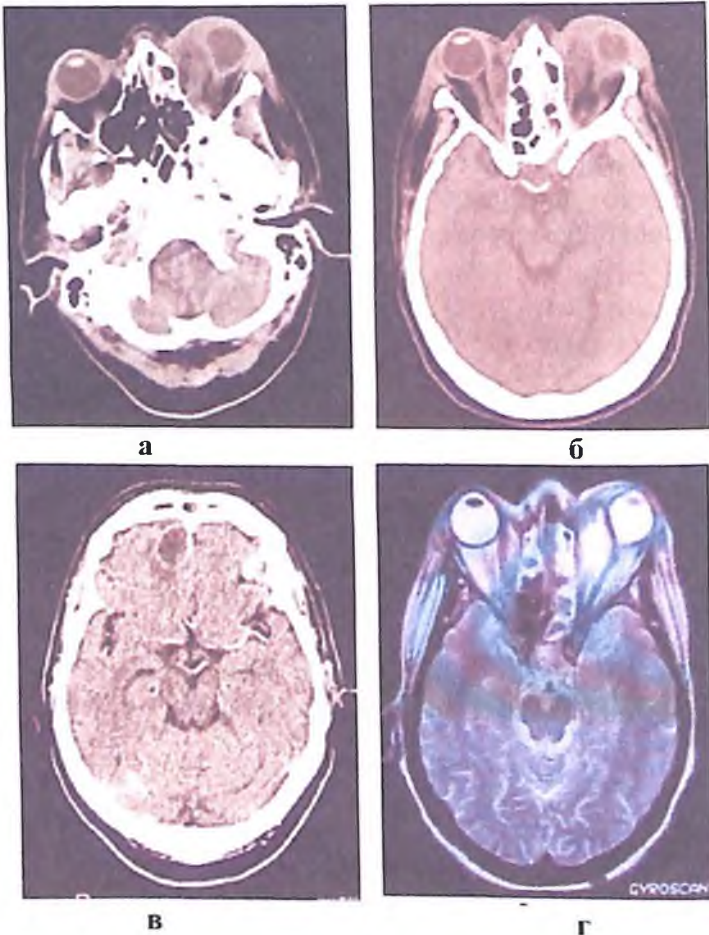
Санаб ўтилган симптомлар яллиғланиш ўчоғига қарама-қарши томонда ҳам бўлиши мумкин. Баъзида энса мушаклари ригидлиги аниқланади. Периферик қонда лейкоцитлар миқдори 15-20 х 10/л га етади, ЭЧТ 60 мм/чгача ошади. Қасалликни эрта босқичида лаб шиллиқ қавати, пешона, бурун, кулоқлар териси цианози аниқланади, бу юрак-қон томир тизими фаолияти бузилишини билдиради. Баъзи беморларда калла-мия нервлари қайтмас ўзгаришлари юзага келади – кўз ҳаракатини бузилишлари ва кўрув нерви атрофияси, бу ҳолат кўр бўлиб қолишга олиб келади. Тромбни йирингли эриб кетишида бу қасаллик йирингли менингит ривожланиши билан асоратланиши мумкин.



Расм. 6. Одонтоген этиологияли каверноз(ғоваксимон) синус тромбози клиник белгилари билан бемор расми: С.Ю. Голубев ва б.. (2009): а – чап томон юқори қовоқ тўлиқ птози; б – офтальмоплегия, олдинги камера чуқур, унинг суюқлиги тиниқ, рангдор парда расми аниқ, юқориги бўлимларида яқка орқа синехиялар, кўз гавҳари хира, шиш белгиларисиз [30].

Мия синуслари тромбозларини ташхислашдаги қийинчиликларни таъкидлаш керак, чунки бир қанча ҳолатларда асоратлар симптомсиз кечади ёки бирламчи яллиғланиш жараёни клиник кўринишлари фонида юзага келади. Шу сабабли ўтказилаётган давога қарамасдан беморни аҳволи оғирлашса, клиник текширувлардан ташқари айниқса турк эгари ён томонида жойлашган ғоваксимон синус соҳасини компьютер томографияси ёки магнит-ядроли томографиясини ўтказиш (расм. 7). Мия ичи асоратлари тахмин қилинганида шошиллич равишда невролог,

нейрохирур, окулист, оториноларинголог маслахатини амалга ошириш керак. Ёндош мутахассислар қайта маслахати, ташхислашни замонавий усулларини қўллаш нафақат тўғри ташхис қўйишга, балки оптимал комплекс даво, касалликни патijasини объектив баҳолаш ва беморларни реабилитациясида муҳим аҳамиятга эга.



Расм. 7. Одонтоген этиологияли каверноз(говаксимон) синус тромбози клиник белгилари билан бемор расми: С.Ю. Голубев ва б.. (2009): а – экзофтальм; б – галвирсимон суяк деворлари остеомиелити; в – ўнг пешона бўлаги шаклланаётган абсцесси; г – чап орбита бўшлигидаги катта инфильтрат [30].

Каверноз (ғоваксимон) синус тромбозини комплекс патогенетик даволашни тамойиллари

Юз веналари тромбофлебитини даволашда қўлланиладиган комплекс даволашдан ташқари, каверноз (ғоваксимон) бўшлиқ тромбозиди интеинсив терапия ўтказилиши керак. Марказий веноз босими (МВБ) назорати остида суюкликларни секин киритиш керак (коллодийли эритмаларни). МВБ 15 см сув. уст.дан ошганида инфузия тўхтатилади.

ОДОНТОГЕН МЕДИАСТИНИТ

Одонтоген медиастинит – бу кўкс ораллиги тўқималари сероз ёки йирингли яллиғланиши, иккиламчи касаллик бўлиб йирингли-яллиғланиш касалликлари авж олиши натижасида ривожланади, бунда инфекция агентининг «кириш дарвозалари» бўлиб тиш хисобланади.

Одатда, бу пастки жағ молярлари сурункали периодонтити хуружи, 38 ва 48 тишларни қийин чиқиши бўлиб, кейинчалик пастки жағ ўткир одонтоген остеомиелити ривожланиб, жағ атрофи юмшоқ тўқималарини бир ёки бирнечта анатомик соҳаларни флегмона кўринишида жараёнга (пастки жағ ости, қанотсимон жағ ораллиги, ютқин ёни, оғиз туби соҳалари) жалб этиши мумкин. Кейинчалик, кўрсатилган соҳалардан йирингли-яллиғланиш жараёни бўйин бўшлиқларига, кейин кўкс ораллигига тарқалади.

Одонтоген медиастинитда йирингли-яллиғланиш жараёнини тарқалишини анатомо-топографик хусусиятлари

Олдинги кўкс ораллигига йирингли экссудатни тарқалиш йўллари:

- бўйин қон томир-асаб тутами бўйлаб ютқин ёни соҳасининг орқа қисмидан;
- оғиз туби ёки тил илдизи флегмонасида мушак ва шу жойдаги бошқа тўқималар некрози натижасида йирингли экссудат тил ости суяги соҳасидаги табиий тўсиқдан ўтиб, бўйин эндоцервикал фасцияси париетал ва висцерал варақлари ораллигидаги соҳага келиб тушади ёки трахея бўйлаб тарқалади.

Йирингли экссудатни орқа кўкс ораллигига тарқалиш йўллари:

- халқум орқаси ёки умуртқа олди бўшлиғи орқали (О.П. Чудаков, А.И. Яковенко, 1979).

Одонтоген инфекцияни кўкс оралиғига тарқалишида юз-жағ соҳасида муҳим анатомик соҳа бўлиб оғиз туби, тил илдизи ва юткин ёни соҳалари ҳисобланади. Бу кўкс оралиғининг анатомо-топографик хусусиятлари билан боғлиқ бўлиб, у юқорида бўйиннинг чуқур фасциал бўшлиқлари ва юз-жағ соҳаси билан яқин боғланганлигидадир (рис. 9, 10) [20, 21].

В.Г. Центило (1997) текширувлари тўш, ўмов ва пастки жағ суяклари орлиғида бўладиган бўйиннинг хусусий фасцияси (В.Н. Шевкуненко бўйича) бўйинни олдинги учбурчагида, т. Platysma остида жойлашиб, 2 қават фасциал пластинкалардан иборат эканлигини кўрсатди [40]. Улар орасида қалин ёғ клетчаткаси бор. Бўйин хусусий фасцияси чуқур фасциал пластинкаси ва тил ости суяги орасида қалин яқка толалар кўринишида алоқа борлиги аниқланган, улар тил ости суягини силжишига ҳалақит бермайди. Ушбу факт оғиз туби флегмонасида йирингли яллиғланиш жараёни аввал бўйин хусусий фасциясидан чуқурроқда жойлашиб, унинг остидаги клетчатка бўйлаб тарқалади деб ҳисоблашга имкон беради.

Оғиз туби флегмонаси ривожланганида йирингли экссудат бўшлиқлардан тил ости суяги, тил ости-қалқонсимон-ҳалқум усти соҳаларига тарқалади. Кейин экссудат қалқонсимон-тил ости мембранаси остига тушиб, хиқилдоқ ён юзасига тарқалади. Бу ердан экссудат тўш-қалқонсимон мушак остидан ва парависцерал клетчатка бўйлаб, қалқонсимон без ён бўлагига яқин жой, бўйин қон томир-асаб тутамига нисбатан медиал тарзда ўтади. Сўнгра у олдинги кўкс оралиғига тушади.

Орқа медиастинит одонтоген этиологияли флегмоналарда камроқ учрайди. Орқа кўкс оралиғига йиринг тарқалишини анатомик шарти уни бўйиннинг ретровисциляр бўшлиғи билан алоқаси ҳисобланади. Экссудат бўйин IV фасцияси париетал ва висцерал қаватлари оралдаги бўйиннинг трахея атрофидаги клетчаткага сига тушади ва трахея ён юзаси, ҳалқум орқа ва ён юзалари клетчаткаси бўйлаб орқа кўкс оралиғига тарқалади.

Кўкс оралиғини анатомо-топографик характеристикаси

Кўкс оралиғи кўкрак қафаси марказида жойлашган анатомик бўшлиқ бўлиб, пастдан диафрагма, олдиндан – тўш суяги, орқадан умуртқани кўкрак қисми билан, ён томонлардан – плевранинг ўнг ва чап медиастинал варақлари билан чегараланади. Тўш суяги

дастагини юкорисидан кўкс оралиғи аниқ чегараларсиз бўйин бўшлиғи клетчаткасига ўтади.

Кўкс оралиғини юкори чегараси қилиб тўш суяги юкори киррасидан ўтувчи горизонтал юза шартли равишда қабул қилинган.

Кўкс оралиғи кўкрак қафаси ички аъзолари, магистрал қон томирлари ва лимфа томирлари, лимфатик тугунлар, ҳамда бириктирувчи тўқима клетчаткаси билан ўралган асаб томирлари комплексида иборат.

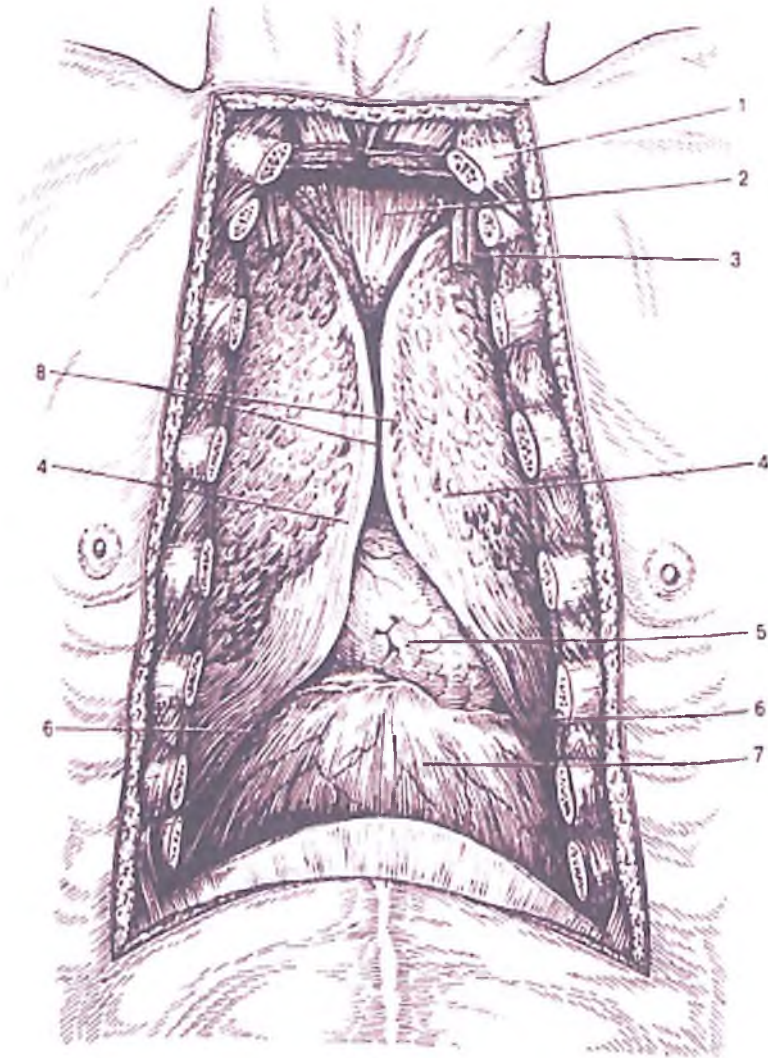
Кўкс оралиғи клетчаткаси ва бириктирувчи тўқимасида рўй берадиган физиологик жараёнлар ва патологик силжишлар ушбу анатомик соҳадаги аъзолар фаолиятига сезиларли таъсир этиш қобилиятига эга.

Кўкс оралиғини қисмларга бўлиш муҳим ҳисобланади. Анатомлар кўкс оралиғини олдинги ва орқа қисмларга бўладилар. Улар орасидаги чегара трахея орқаси ва бош бронхлар орқасидан ўтадиган шартли фронтал юза ҳисобланади (расм. 11, 12).

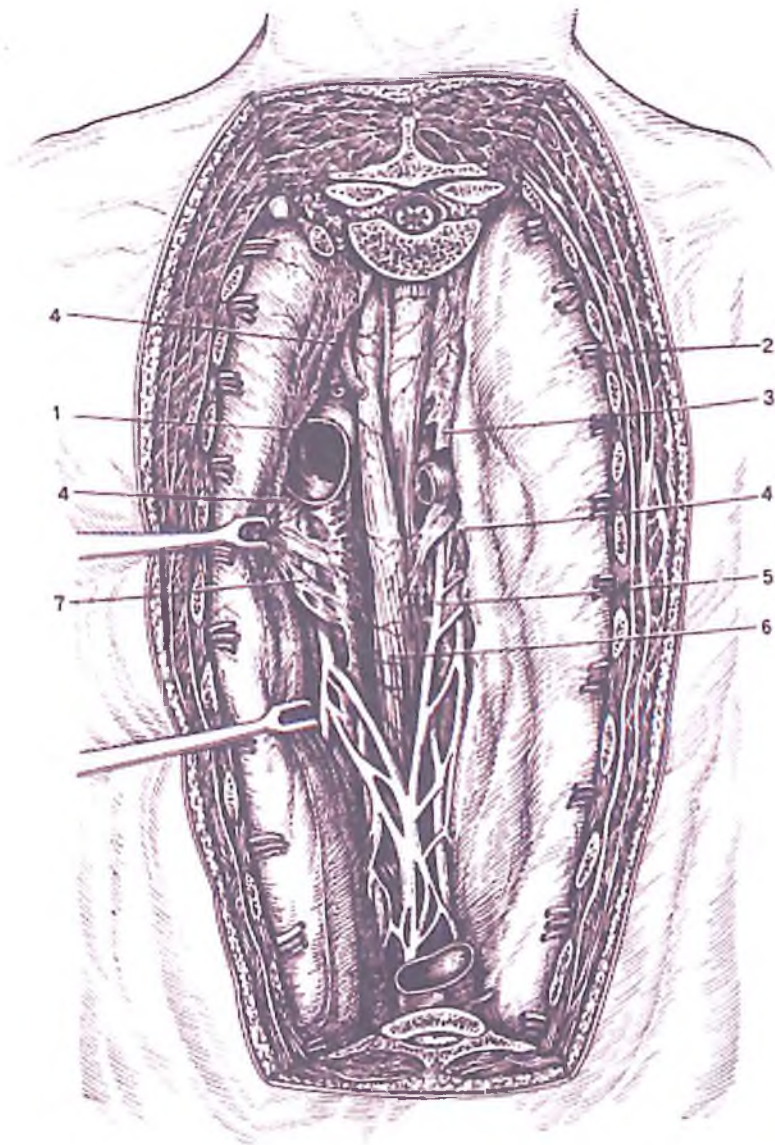
Ушбу бўлинишга мувофиқ олдинги кўкс оралиғига тимус беши (ёки катталарда ёғ клетчаткасига айланган бу анатомик тузилма) юрак перикард билан, кўтариладиган аорта ўзининг ёйи ва тармоқлари билан, ўпка артерияси, елка-бош ва юкори ички бўш вена қиради. Орқа кўкс оралиғига қизилўнғач, кўкрак аортаси, тоқ вена, кўкрак канали, вагус нерви ва симпатик нерв стволлари қиради (расм. 13, 14).

Кўкс оралиғи барча аъзолари доимо кўкс оралиғи ичидаги респиратор босим остида бўлади. Бу босим доимо ўзгариб туради: нафас олганда - пасаяди, нафас чиқарганда - кўтарилади. Кўкс оралиғи ичидаги босимни ўзгариши катта аҳамиятга эга, хусусан, ковак веналар орқали қонни ўнг юрак бўлмасига ҳаракатланишида. Ўхшаш омиллар кўкрак канали бўйлаб лимфани ҳаракатланишини аниқлаб беради. Шундан келиб чиқиб, кўкс оралиғи клетчаткасида, плеврал варақларда ва лимфатик тугунларда келиб чиқадиган патологик процесслар кўкс оралиғи аъзолари фаолиятига салбий таъсир кўрсатади (юрак фаолияти бузилади, нафас етишмовчилиғи ривожланади, веноз қон оқими секинлашади ва б.).

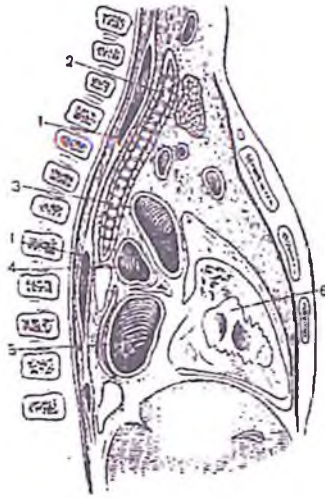
Ҳалқаро номенклатурада юкори ва пастки кўкс оралиғи фарқ қилинади. Бу бўлиниш



Расм. 11. Тўш суяги олинганидан кейинги олдинги кўкс оралиғи (А.Н. Максименков бўйича): 1 – ўмов суяги; 2 – бўқок бези соҳаси; 3 – кўкрак соҳаси ички томирлари; 4 – ўпкаларни олдинги кирраси; 5 – перикард; 6 -ковурға-диафрагмал синус; 7 – диафрагма; 8 – плеврани олдинги кирраси [25, 28].



Расм. 12. Орқа кўкс оралиғи топографияси (А.Н. Максименков буйича): 1 – аорта; 2 – қовургалараро томирлар; 3 – ток вена; 4- кўкс оралиғи клетчаткаси 5 -ўнг томон вагус нерви; 6 - кизилўнғач; 7 – чап томон вагус нерви [25, 28].



Расм. 13. А.С. Забелин (2008) бүйича кўкс оралиғи саггитал кесувдаги топографияси: 1 - кизилўнғач; 2 - трахея; 3 - аорта; 4 - ўпка артерияси 5 – юқори кавак вена; 6 – юрак ўнг бўлмаси [11].

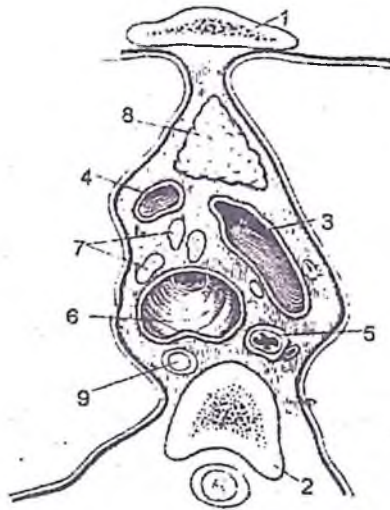
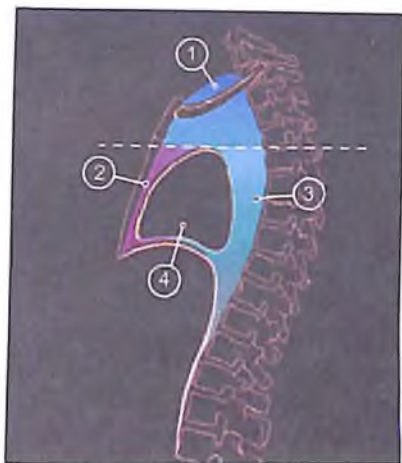


Рис. 14. Юқори кўкс оралиғи топографияси (горизонталь кесув) А.С. Забелин бүйича (2008): 1 – тўш суяғи; 2 - умуртка; 3 - ковак вена; 4 - аорта; 5 - кизилўнғач; 6 - трахея; 7 -кўкс оралиғи лимфатик тугунлари; 8 – бўқок беши; 9 – пастга тушувчи аорта [11].

Одонтоген медиастинитлар жойлашиш хусусиятларига мос келади. Тўш суяги дастаги танасига бириккан жойдан IV кўкрак умурткасига томон йўналган шартли юза бўйича кўкс оралиғи юкориги ва пастгига бўлинади.

Кўкс оралиғи одонтоген медиастинити бор беморлада бирламчи жарроҳлик ҳаракати ўтказишда уларни 4 - юкори, ўрта, олдинги ва орка бўлимларга бўлиб олиш (расм. 15).



Расм. 15. Кўкс оралиғини тўртга бўлими(юкори, ўрта, олдинги ва орка): 1 – юкориги кўкс оралиғи тўш суяги дастагидан 4 - кўкрак умурткаси пастки қиррасигача давом этади; 2 – олдинги кўкс оралиғи юкоридагидан пастда тўш суяги билан перикард орлиғида жойлашади; 3 -орка кўкс оралиғи перикард оркасида бўлади; 4 – ўрта кўкс оралиғи олдинги ва орка бўлимлар оралиғида бўлади.

Медиастенитлар таснифи

Медиастенитларни бир қанча таснифи мавжуд, Аммо улар орасида тўлиқроғи А.Я. Иванов (1959) таснифи ҳисобланиб, бу таснифидан келиб чиқиб, ушбу касалликни қуйидаги кўринишда шакллантириш мумкин.

1. *Этиологияси ва патогенези бўйича:*

1) Бирламчи ёки травматик:

- кўкс оралиғи жароҳати, ундаги аъзолар бутунлиги бузилмасидан,
- кўкс оралиғи жароҳати, ундаги аъзолар бутунлиги бузилиши билан,

- кўкс оралиғи жароҳати, ўпка ва плевра жароҳатлари билан биргаликда,
 - операциядан кейинги,
- 2) асбоблар ёки ёт жисмлар билан қизилўнғач жароҳатларида:
 - контакт,
 - инфекция манбаи маълум метастатик,
 - инфекция манбаи номаълум метастатик
- 2. *Тарқалганлигига кўра:*
 - 1) *Атроф клеатчатка яллиғланиш жараёнига жалб этилиши* билан кўкс орлиғини ўткир йирингли ва йирингсиз лимфаденитлари,
 - 2) кўкс оралиғи кўплаб ва яқка абсцесслари;
 - 3) Кўкс оралиғи флегмоналари:
 - чегараланишга мойиллиги билан,
 - прогрессив.
 3. *Экссудатни характери ва қўзғатувчини турига қараб:*
 - 1) серозли;
 - 2) йирингли;
 - 3) чириган;
 - 4) анаэроб;
 - 5) гангреноз;
 - 6) сил.
 4. *Жойлашишига қараб:*
 - 1) олдинги:
 - юқориги III ковуғалараро соҳадан юқорига тарқалиши билан,
 - ковуғалараро соҳада,
 - пастки III ковуғалараро соҳадан пастга тарқалиши билан.
 - кўкс оралиғи барча олдинги бўлими;
 - 2) орқа:
 - юқориги, V кўкрак умуртқасдан юқорига тарқалиши билан,
 - пастки, V кўкрак умуртқасдан пастга тарқалиши билан,
 - кўкс оралиғи барча орқа бўлими;
 - 3) тотал.
- 5. *Клиник кечиши бўйича:*
 - 1) ўткир медиастинитлар;
 - 2) сурункали медиастинитлар;

- бирламчи сурункали,
- иккиламчи сурункали [14].

Одонтоген медиастинит клиник кўриниши ва диагностикаси

Одонтоген медиастинит клиник кўринишлари қуйидагиларни ўз ичига олади:

- умумий бузилишлар ва симптомлар;
- пациентни физикал текширувларда аниқланадиган

симптомлари;

- рентгенологик белгилари [27].

Одонтоген медиастинит билан беморни умумий аҳволи бузилиши қуйидагиларни ўз ичига олади:

- бемор умумий аҳволи оғир;
- тана ҳарорати 39-40°C гача кўтарилади;
- баъзида қалтираш кузатилади;
- пульс бир минутига 130-150 бўлади, аритмик, бўш тўлади ва

қаршилиги паст;

- артериал босим меъёрига яқин;
- аввалига беморларда эйфория ҳолати кузатилиб, кейинчалик

тушкунлик, апатия, фикрлашида чалкашлик пайдо бўлади.

Бундай беморни кўрувда қуйидаги белгилар ўзига эътиборни қаратади:

• юз, бўйин, кўкрак қафаси тери қоплами цианотик, мрамор сояли хамирсимон;

• медиастинит симптоми бўлиб ўткир нафас етишмовчилигини пайдо бўлиши хисобланади, нафас олиш ҳаракатлари бир минутига 45-50 га етади. Нафас олиш юза, сезиларли қисқарган, нафас чиқариш 2-3 мартага узайган;

• пациент бошини олдинга тушириб, ёнбошлаб, оёқларини қорнига тортган ҳолда мажбурий ҳолатни эгаллайди. Оғиз туби ва бўйин соҳаси кўрилганида кучли оғриқли яллиғланиш инфилтрати ёки ўмров суяги ва бўйинтирик чуқуригача давом этувчи тўқималар шиши аниқланади [34, 38, 39].

**Олдинги медиастинитга куйидаги медиастинал
симптомлар характерли:**

1) Герке симптоми – бош эгилганида ёки тўш суягига урилганида тўш суяги оркасида оғриклар, дисфагиялар пайдо бўлади, кучаяди;

2) Иванов симптоми – бўйин қон томир- асаб тутамини юқорига силжишида оғриклар пайдо бўлиши;

3) Равич-Щербо симптоми – нафас олишда бўйинтирик чуқурчасини тортилиши ҳисобига оғрик пайдо бўлиши;

4) Попов симптоми – ютқин, ҳалқум, оғиз туби шиши ва вагус нерви таъсирлаши ҳисобига гиперсекреция ва бронхлар дренажини бузилиши ҳисобига доимий йўтал;

5) Бемор горизонтал ҳолатда товонига урилганида кўкс оралиғида оғрик кучаяди;

6) Рутенбург – Ревуцкий симптоми – трахея пассив ҳаракатларида тўш оркасида оғриклар кучайиши кузатилади, хансираш, трахея пассив силжишларида дисфагия;

Орқа медиастинитга медиастинал симптомлар характерли:

1) кўкрак соҳасидаги пульсацияланадиган оғрик, у кураклараро соҳага иррадиацияланади ва кўкрак умуртқаси суякли ўсиғига босилганда зўраяди. Оғрик шунингдек овқатни ютиш вақтида ёки чуқур нафас олган да ҳам кучаяди (Ридингер симптоми);

2) Равич-Щербо-Штейнберг симптоми – орқани узун мушакларини ригидлиги, рефлектор характерга эга, кўкрак умуртқаси соҳасида терини бўшашиб қолиши;

3) қовурғалараро веналарни кенгайиши, плевра ва перикардда суюқлик йиғилиши кузатилади (тоқ ва яримтоқ вена симптоми).

Бундан ташқари одонтоген медиастинити бор ёки унга гумон қилинаётган беморни текшириш қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

1) физикал текширувлар;

2) нур билан текширув усуллари;

3) қон таҳлили (қон умумий таҳлили, қонни биокимёвий таҳлили; кенгайтирилган коагулограмма);

4) сийдик умумий таҳлили.

1. Физикал текширувлар:

➤ Туш суяги сохасида ёки пастки кўкрак умурткалари томонида перкуссияда тўмтоқ товуш чегаралари кенгайганлиги аниқланади.

II. Нур билан текшириш усуллари :

➤ Кўкс оралиғи аъзолари рентгенографияси олдиндан орқага, ён ва қийшиқ проекцияларда ўтказилади;

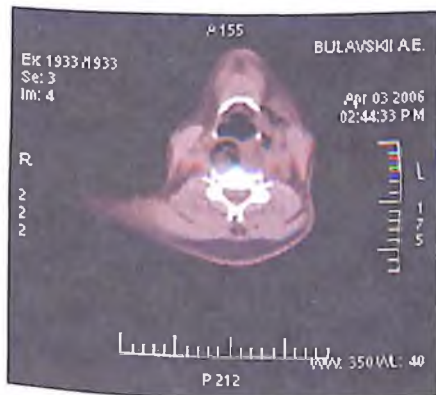
➤ компьютер томографияси (КТ) ёки ядромагнитнорезонансли томография (ЯМРТ).

Нур билан текшириш усулларида аниқланади:

- кўкс оралиғи контурларини ўзгариши (расм. 16);
- юқори бўлимларида, кўпроқ бир томонида думалок шаклли, кабарик доғлар аниқланади (расм. 17);



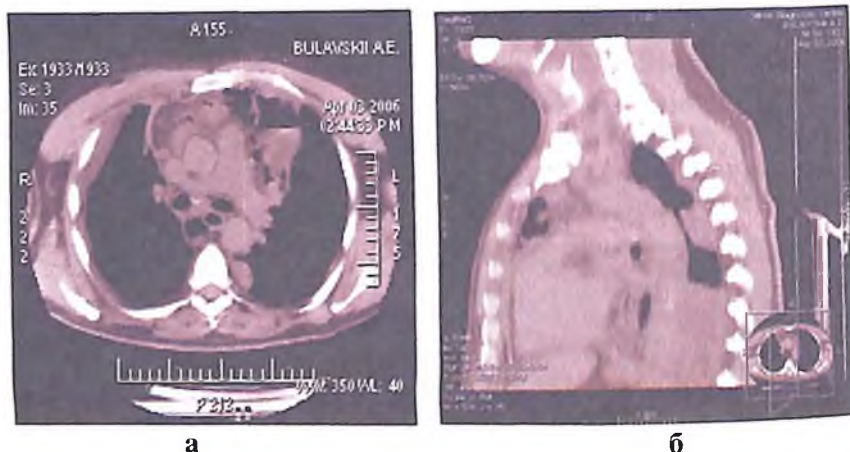
Расм. 16. Одонтоген этиологияли тотал медиастинити бор пациентда кўкс оралиғи контурларида КТ да аниқланган ўзгаришлар.



Расм. 17. Одонтоген этиологияли тотал медиастинити бор пациентда кўкс оралиғи юқори чап қисмида думалок шаклли, кабарик доғлар аниқланади.

- кўкс оралиғи кенгайиши ва суюклик горизонталь сатҳини пайдо бўлиши ёки кўкс оралиғида эркин газни пайдо бўлиши (расм. 18).

Одонтоген медиастинитни эрта ташхислаш мақсадида биринчи рентгенологик текширув (кўкс оралиғи аъзолари тўғри ва ён томонидан рентгенографияси, кўрсатмаларга кўра КТ ёки ЯМРТ) малакали ёрдамга мурожат қилган беморларда оғиз туби ёки бўйин флегмонаси ташхиси қўйилган беморларда ўтказилади.



а

б

Расм. 18. Одонтоген этиологияли тотал медиастинити бор пациентда кўкс оралиғи КТ да эркин газ борлигини аниқланиши: а – горизонтал проекцияда; б – сагиттал проекцияда.

Динамикада жараёни аниқлаш мақсадида рентгенологик текширувни 2-3 суткадан кейин ўтказилиши керак. Барча кузатув давридаги ушбу касалга тегишли нур усули текширувлари натижаларини (иллюстратив материал билан) рентгенолог мутахассисга кўрсатилиши шарт. [2].

III. Қон биокимёвий текшируви :

➤ қон кислота-ишқор ҳолатини, ишқор ва пироузум кислоталари миқдори, электролит балансини ўзгриши. Бундай бузилишлар натижасида декомпенсирланган метаболик ацидоз нафас етишмовчилиги компоненти билан юзага келади, қон ивиши ва ивишига қарши тизимини текширилганда коагулограмма кўрсаткичлари ўзгарганлиги(гепаринни плазмага толерантлиги, тромботест даражаси, фибриноген В га реакция) аниқланди. Касаллик авж олган даврида гиперкоагуляция кузатилди .

В.И. Карандашов ва А.Н. Погодина (1989) бўйича олдинги ва орқа медиастенит қиёсий ташхиси табл. 2.

Таблица 2

Симптом-лари	Олдинги меднастинит	Орқа меднастинит
Оғрик локализа- цияси	• тўш суяги орқасида	• кўкрак қафасида, курак суяклари ораси соҳасига тарқалувчи;
Оғрикни зўрайиши	• тўш суягига уриб кўрилганида; • бўйин томирли тутамни юқорига силжиганида (А.Я. Иванов симптоми); бошни тўғирлаганда (А.А. Герке симптоми);	• кўкрак кўкрак умуртқалари суякли ўсиғига босилганда; • ютинганда; • кечки босқичларида ютина олмаслик ва оғиз бўшлиғида кўпиксимон сўлак пайдо бўлади; • суюқликни ютишга ҳаракат қилганда, суюқлик бурун бўшлиғига ўтиб кетади;
Ташқи белгилари	• бўйинтирук венаси соҳасида аввал едирилиш, кейин бўйинтирук чуқурчасида шиш пайдо бўлади Равич- Щербо симптоми (нафас олганда бўйинтирук чуқури соҳасида тортилиш пайдо бўлади);	• ўмров усти соҳасида шиш; • Равич-Щербо- Штейнберг паравертебрал симптоми (орқа узун мушаклари ригидлиги пайдо бўлиши);
Веналарни эзилиш белгилари	• юқори бўш венани эзилиши: бош оғриги, кулоқларда шовқин, шиллик каватларда, юз ва бўйин терисида цианоз, кўкрак соҳасида кенгайган вена кон томирлари тўри пайдо бўлиши;	• тоқ ва яримтоқ веналарини эзилиши: Ковурғалараро веналарни кенгайиши, выпот в плевр ва перикардга суюқлик чиқиши;

Аускультатив маълумотлар	<ul style="list-style-type: none"> • тўш суяги соҳасида перкутор тўмтоқлик чегарасини кенгайиши 	<ul style="list-style-type: none"> • перкутор тўмтоқлик чегарасини пастки кўкрак умуртқаларидан бошлаб икки томонга кенгайиши;
Рентгенологик кўриниши	<ul style="list-style-type: none"> • трахеяни силжиши , баъзида эзилиши • кўкс оралиғи олдинги бўлимида доғларни бўлиши. 	<ul style="list-style-type: none"> • кизилўнгачни эзилиши; • кўкс оралиғи орқа бўлимида доғларни бўлиши .

Одонтоген медиастенит дифференциал диагностикаси

Одонтоген медиастенит дифференциал диагностикаси касаллик анамнезига, клиник текширувлар натижаларига, ҳамроҳ касалликлар билан боғлиқлигига, бемор махсус ёрдамга мурожат қилганидаги шикоятларига, одонтоген этиологияли ўткир ёки сурункали йирингли яллиғланиш касаллигини ўткирлашувидаги клиник кўринишларига асосланади

Ушбу касалликда беморларни комплекс текширувини турли усулларида қўллашга қарамадан одонтоген медиастенитни топик диагностикаси ва парамандибуляр ҳамда бўйин флегмоналари билан дифференциал диагностикаси қийинчиликларга сабаб бўлади.

Шундан келиб чиқиб М.А. Губин, Е.И. Гирко (1984) томонларидан одонтоген медиастенит ва юз-жағ ҳамда бўйин соҳалари флегмоналари диифференциал диагностикаси дастури (1984) ишлаб чиқиб, клиник амалиётга татбиқ этилган эди (3-табл.).

Таблица 3

Кўкс оралиғига тарқаладиган ўткир йирингли яллиғланиш жараёни манбаси бўлган медиастенит ва юз-жағ соҳаси ҳамда бўйин соҳалари флегмоналари дифференциал диагностикаси М.А.Губин ва Е.М.Гирко бўйича (1984).

Симптомлари	Юз-жағ соҳаси ва бўйин флегмонаси	Контакт одонтоген медиастинити
Умумий ҳолати	Ўртача оғирликда	Оғир ёки ўта оғир
Беморни ҳолати	Кўпинча ўзгаришларсиз	Кўпинча мажбурий

Рухий бузилишлар	Кам кузатилади	У ёки бу даражада доим бўлади
«бош пастга эгилган ҳолатда ёлғон кийшиқ бўйин» симптоми	кузатилмайди	Одатда кузатилади
Овозини хирллаб қолиши	кузатилмайди	Кўп кузатилади
Титраб-қакшаб йўталиш	Кузатилиши мумкин	Кўп кузатилади
Ютинишда сув томоғига тикилиб қолиши	бўлмайди	Бўлиши мумкин
Нафас қисиши	Кам кузатилади	Одатда кузатилади
Йирингли инфекция шакли	маҳаллий	Кўпинча тарқалган (сепсис)
Ўз-ўзидан тўш суяги орқасида пайдо бўладиган оғриқлар	бўлмайди	Деярли ҳар доим кузатилади
Тўш соҳасига гарқаладиган бўйинтирук чуқури соҳасидаги шиш	Кам кузатилади (бўйин олдинги юзаси флегмоналарида)	Кўп кузатилади
Гомеостаз кўрсаткичлари ўзгариши	Билинар-билинемас ёки ўртача	Сезиларли ва интенсивлиги бўйича ортиб борувчи
Ўмров усти соҳасида чегараланган шиш	бўлмайди	Бўлиши мумкин
Юзини керкинши(шини), шинган ва кенгайган бўйин веналарини борлиги (яримток венани бўртиш синдроми)	бўлмайди	бўлиши мумкин

Тўш соҳаси перкуссиясида оғрик	Бўлиши мумкин (бўйин олдинги юзаси флегмоналарида)	бўлади
Ўмров усти соҳаси пальпациясида оғрик	бўлмайди	Бўлиши мумкин
Ўмров усти ва супрастернал соҳаларда крепитация	бўлмайди	Бўлиши мумкин
Герке симптоми	манфий	мусбат
Иванов сиптоми	манфий	мусбат
Кўкс оралиғи чегараларини кенгайтиши (перкутор ва нур билан текширув усулларида аниқланадиган)	бўлмайди	бўлади
Кўкс оралиғини ультратовуш текширувлардаги патологик сигналлар	бўлмайди	доим бўлади
Оператив муолажадан кейин клиник самара (жағ-юз ва бўйин соҳаси флегмоналари бирламчи хирургик ишлови ва дренажлашдан кейин)	бўлади	Сезиларсиз самара кузутилади ёки умумий ҳолати ёмонлашади

Бундан ташқари дифференциаль диагностикада қуйидаги катор касалликларни инкор қилиш керак:

- пневмонияни;
- ўткир плевритни;
- экссудатив перикардинит;

- кўкс оралиғи йиринглаган дермоид кистасини ;
- кўкс оралиғига окиб чиқиб абсцесслар билан асоратланган кўкрак умуртқалари сили
- қизилўнғач ва ўпка илдизи ракипарчалниш билан;

Медиастенит ва ўпка яллиғланиши орасидаги дифференциал диагноз пациентни физикал текширувлари асосида ўтказилади. При пневмонии отмечаются влажные хрипы, бронхиальное дыхание, притупление перкуторного звука в области очага.

Медиастенит ва ўткир плевритни қиёслаш қийинроқ. Кўкс оралиғига яқин жойлашган йиринг парастерналь ёки паравертбрал соҳалар перкуссия қилинганида медиастенитга ҳам таъллуқли бўғик товушни бериши мумкин. Кўкс оралиғи абсцессида бўғик товуш овал шаклда бўлиб, медиастинал плевритда эса чўзилган узунчок шаклда бўлиши билан бир-биридан фарқ қилади. Бундан ташқари плевритда бўғик товуш соҳасида кучсиз нафас шовқини аниқланади, бу медиастинит учун характерли эмас. Ташхис қўйишди нур билан текшириш усуллари асосий ҳисобланади

Ўткир медиастенит билан дифференциал диагностика қилинадиган экссудатив йирингли перикардит, клиникасида шифокор эътиборини ушбу касаллик клиникасига ҳос бўлмаган, аниқроғи юрак тампонадаси белгилари, юрак уриши йўқлиги, перикард ишқаланиши шовқини юрак тўмтоқлик чегарасини катталашиши ва унинг ноодатий конфигурацияси, ҳамдаа электрокардиограммадаги ўзгаришлар.

Кўкс оралиғининг медиастенит билан қиёсий ташхис ўтказиладиган ўсмаларидан кўкс оралиғи йиринглаган кисталарини айтиб ўтиш керак. Уларни секин ўсиши, беморларда субъектив сезиларни намоён бўлишини цикликлги, нурли текширув усуллари маълумотлари тўғри ташхис қўйиш имконини беради, чунки ташхис одонтоген медиастинит билан кўкрак умуртқалари сили йирингли абсцесси, ўткир медиастенит ва ўпка илдизи раки, ҳамда қизилўнғач раки билан дифференциал диагностикаси мураккаб эмас.

Одонтоген медиастенитни комплекс патогенетик даволаш

А.С. Забелин маълумотлари (2008) бўйича одонтогенмедиастенитни бор беморлар комплекс давоси куйидаги компонентларни ўз ичига олиши керак:

- 1) Операция олди тайёргарликни;
 - 2) Бирламчи одонтоген ўчок ва кўкс оралиғини бирламчи жаррохлик ишлови ва дренажлаш;
 - 3) Ўз ичига оладиган операциядан кейинги тайёргарликни:
 - антибактериал препаратларни;
 - интенсив дезинтоксикацион терапияни; коррекцияловчи иммунотерапияни;
 - гомеостазни нормаллаштиришга ёрдамлашувчи ва бемор организми умумий резистентлигини кўтарувчи конни (ультрафиолет (УФО) ёки лазер билан нурлантириш, гипербарик оксигенация (ГБО));
 - нафас, юрак-кон томир, буйрак этишмовчилиги профилактикаси ва даволаш;
 - энтерал-парентерал овкатлантириш [11].
- Одонтоген медиастенитни бор беморлар давоси интенсив терапия ва реанимация бўлимларида юз-жағ ва торакал хирурглар иштирокида амалга оширилиши керак.

Юз-жағ соҳаси тарқалган флегмоналари ва одонтоген медиастенитни бор беморларни йирингли ўчоқни бирламчи жаррохлик ишлови ўтказишга тайёрлаш

Одонтоген медиастенитни бор беморларни йирингли ўчоқни бирламчи жаррохлик ишлови ўтказишга алоҳида эътибор бериш керак. Пациентга шошилишч оператив муолажа ўтказилишини ҳисобга олиб, тайёргарлик қисқартирилган, лекин керакли ҳажмда ўтказилади. Операция олди тайёргарлиги 2-3 соатни ташкил этиши керак. Унинг вазифаси қисқа муддатли дезинтоксикацион ва кардиотроп терапия ўтказишдан, аъзо ва тизимларда стабил функционал ҳолатга этиш мақсадида нафас этишмовчилигини бартараф этишдан иборат [1, 19].

Бу врач-анестезиологни бемор билан шахсий контактга киришишдан, бундан аввал эса врач-анестезиолог пациентни текширув маълумотлари билан танишган бўлиши керак.

Анестезиолог пациентни касбини аниқлаши, унинг меҳнат фаолияти зарарли ишлаб чиқариш билан боғлиқми, йўқми эканлигини суриштириши керак (атом энергияси, кимё саноати ва б.). Бемор ҳаёти анамнези катта аҳамиятга эга: ҳамроҳ ва аввал ўтказилган касалликлар (қандли диабет, юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ва инфаркт миокард инфаркти, артериаль гипертензия), доим қабул қиладиган дори воситалари (глюкокортикоидлар, инсулин, гипотензив препаратлари). Алоҳида синчковлик билан пациент бутун ҳаёти давомидаги аллергологик анамнезни йиғиш керак.

Анестезиологик ёрдам кўрсатаётган шифокор беморни юрак-кон томир тизими, ўпкалари, жигар ва буйрақлари ҳолати тўғрисида хабардор бўлиши керак. Кўрилаётган категориядаги беморларга текширув шошилиш равишда ўтказилади ва оператив муолажадан олдинги рўйхат албатта қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- қон умумий таҳлили;
- пешоб умумий таҳлили;
- қон биокимёвий таҳлили;
- қон ивиш таҳлили (коагулограмма);
- қон гуруҳи ва резус- факторни аниқлаш;
- электрокардиография;
- кўкс оралиғи аъзолари олдиндан орқа, ён ва қийшиқ

проекцияда рентгенография КТ ёки ЯМРТ.

Шифокор-анестезиолог бемор ҳолатини баҳолаганидан кейин умумий оғриқсизлантириш хавфлилик даражасини аниқлайди ва унинг ҳаммасидан кўра адекват усулини танлайди.

Детоксикация ва юрак-қон, нафас олиш ва бошқа тизимидаги кўрсаткичларидаги ўзгаришларни коррекция қилиш мақсадида бемор стационарга тушган вақтидан бошлаб вена қон томирига томчилаб юбориладиган қуйидаги препаратларни ўз ичига олган интенсив терапия тайинланиши керак: гемодез, неокомпенсан (200-400 мл), реополиглюкин, реоглюман (400 мл), 5-10% глюкоза эритмаси (400-1000 мл) инсулин билан, 0,9% натрия хлорид эритмаси (400 мл), 4% гидрокарбонат натрий эритмаси (100-200 мл), В ва С витаминлар гуруҳи эритмалари, ҳамда кўрсатмаларга мувофиқ глюкокортикоидлар (гидрокартизон, преднизалон), диуретиклар (фурасемид, лазикс) ва юрак гликозидлари (коргликон, строфантин) [31].

Одонтоген медиастинитнинг реактив ва токсик фазаларидаги беморларга М.А. Губин, Е.И. Гирко, Ю.М. Харитонов (1996)

юқорида кўрсатилган плазма ўрнини босувчи гиподинамик, реологик ва дезинтоксикацион таъсирга эга бўлган, ҳамда пациент 1кг вазн оғирлигига 30-50 мл ҳисобдан глюкоза-тузли эритмалар инфузион терапиясини тавсия этадилар [9].

Операцияга борадиган бемор безовта, шу сабабли унинг ҳолатини тушунган ҳолда, операцияни зарурлигини тушунтириш керак. Бундай суҳбат седатив воситалар таъсиридан самаралироқ бўлиши мумкин.

Операциядан олдин бемордаги безовталик ҳолатида буйрақусти безлари мия қаватида адреналин ишлаб чиқарилиши кузатилади, у қонга тушади ва бунинг натижасида моддалар алмашинуви кўтарилиб, умумий оғриксизлантириш ўтказишни кийинлаштиради ва юрак ритм бузилишлари эхтимолини оширади. Шу сабабли ҳамма беморларга стационар шароитида операциядан олдин премедикация тайинланади. Премедикация беморни психоэмоциональ ҳолатини, ёшини, конституцияси ва ҳаёти анамнезини, касаликка ва бўладиган операцияга реакциясини, бўладиган операция хусусиятлари ва давомийлигини ҳисобга олиб тайинланади.

Шошилинч операцияларда премедикацияни ўтказиш тўғридан-тўғри операция столида шифокор-анестезиолог назорати остида ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўлади.

Операциядан олдин тўла ошқозонни, ичакни, сийдик пуфагини бўшатиш керак. Шошилинч ҳолатларда бу ошқозон зонди, сийдик катетри билан амалга оширилади. Беморда олиб кўйиладиган тиш протезлари бўлса уларни оғиз бўшлиғидан олиш керак. Аспирацияни олдини олиш мақсадида нарқоздан олдин бир марта антацид моддасини юборса бўлади. Ошқозон секрецияси ҳажмини ва кислоталигини камайтириш мақсадида антацид моддалари ўрнига блокатор ошқозон H_2 - гистаминли рецепторларини (циметидин, ранитидин) ёки водородли помпларни (омепразол, омез ва б.) ишлатса бўлади

Бевосита операциядан олдин қуйидаги мақсадларга эришиш учун тўғри премедикация тайинланади:

• *седатив таъсирини ва амнезияни*, (диазепам, тазепам ва б.), эмоциональ ҳаяжонланишда қонда кортизон микдорини ошишини тушурувчи морфин ва уни ҳосилаларини, бензодиазепинлар (диазепам, тазепам ва б.) ларни қўллаш билан

• ошқозон ичидаги нарсалар регургитацияси профилактикаси учун қайт қилишга қарши восита сифатида нейролептиклар (дроперидол) (0,3–0,5 мл 0,25% эритмаси) тайинланади;

• кучли оғриқли синдромда муҳим бўлган, ностероид яллиғланишга қарши воситалар **НЯҚВ** **нонаркотик** **аналгетикларни** қўллаб эришиладиган **анальезия** операциядан кейинги оғриққа қарши курашда муҳим аҳамиятга эга;

• юракни вагусли тўхташини профилактикаси учун **парасимпатик** **асаб** **тизими** **тормозланиши** **атропинни** қўллаш билан таъминланади. Глаукома билан касалланган беморларда атропин метацинга алмаштирилиши мумкин.

Премедикацияга кўрсатмаларга мувофиқ, айниқса қўшишча аллергик анамнезли беморларга антигистамин препаратларини (димедрол, супрастин қўллаш мумкин Препаратларни одатда мушак орасига умумий оғриқсизлантириш бошлашдан 30-60 мин олдин қилинади.

Ҳозирги босқичда премедикацияга кўрқув ва хаяжонни бартараф қилувчи препаратларни- транквилизаторни, хаяжонга қарши самарали бўлган альпрозолам, феназепам, мидазолам, атараксларни қўшиш керак. Бошқа воситалар бу мақсадлар учун кўрсатмаларга кўра қўлланилади.

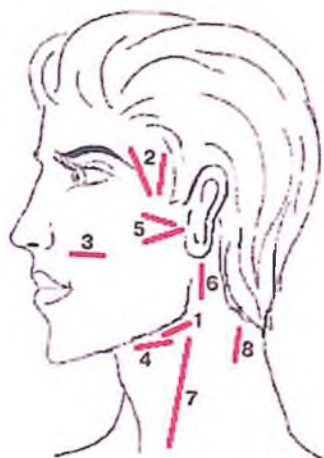
Наркотик **анальгетикларни**, **антигистамин** препаратларини, **нейролептикларни** премедикацияда қўллаш беморни наркоздан чиқиш вақтини узайтиришнинг ёдда тутиш керак.

Юз-жағ соҳаси тарқалган флегмоналари ва одонтоген медиастенити бор беморларда йирингли ўчоқни бирламчи жаррохлик ишлови ўтказишни асосий босқичлари

Одонтоген медиастенит билан асоратланган оғиз туби ва бўйин флегмоналарига бирламчи жаррохлик ҳаракати ўтказишда кесувлар йирингли ўчоқ локализацияси ва юз-жағ соҳасини анатомо-топографик хусусиятларини ҳисобга олиб бажарилади (расм. 21).

Одатда йирингли ўчоққа бирламчи жаррохлик ишловида кесувларни жағ ости ва даҳан ости соҳаларидан **бошлаш керак** (расм. 22). Кесувлар узунлиги 6-8 см бўлиши, пастки жағ пастки қиррасига паралелль ва ундан 2–2,5 см пастроқдан ўтиши керак. **Йирингли** ўчоқни кенг қилиб очиш учун тери, териости клетчаткасини бўйинни юза фасциясини қаватма-қават кесиш керак. Тўмтоқ ва ўткир йўл билан пастки жағ ости ва устидаги тўқималар йўналишида

чукуррок ўтилади (расм. 23). Зарур холларда зарарланган сўлак беzi касулasi кесилади. Йирингли ўчок етарли даражада бўшамаган бўлса пастки жағости сўлак беzi олдинги ва орка полюслари бармоқлар билан текширилиши [35, 37].



Расм. 21. А.С. Забелин (2008) бўйича юз-жағ ва бўйин соҳалари йирингли ўчокларига бирламчи хирургик ишлови бериш кесувлари схемаси: 1 – канотсимон жағ оралиғи; 2 – чакка соҳаси; 3 – лунж соҳаси; 4 – пастки жағ ости соҳаси; 5 – чакка ости чуқури соҳаси; 6 – жағорти соҳаси; 7 – бўйинни олдинги-ён соҳаси; 8 – бўйинни орка соҳаси [11].



Расм. 22. Оғиз туби ва бўйин флегмоналари, бўйин олдинги медиастенити бемор кўриниши ва унда йирингли ўчокларини очиш учун режалаштирилган кесув чизиклари.



а

б

Рис. 23. Йирингли ўчоққа бирламчи жарроҳлик ишлови ва тафтиш ўтказилиши пастки жағosti соҳаси: а – канотсимон жағ оралиғи: 1) асбоб- қисқич ёрдамида тафтиш: 1 – асбоб пастки жағ ости соҳасига киритилган, 2 – асбоб пастки жағ усти соҳасига киритилган [41]; б – жаррох бармоқлари билан тўмтоқ тафтиши.

Жағ-юз ва бўйин соҳаларида, айниқса пастки эсаг ости соҳаларида йирингли ўчоққа бирламчи жарроҳлик ишлови берилаётганида амал қилиниши қатъий бўлган ҳоюда: ташқи кесув узунлиги (тери ва териости-ёғ қавати) чуқурликда жойлашган тўқималар кесуви узунлигига баробар бўлиши керак.

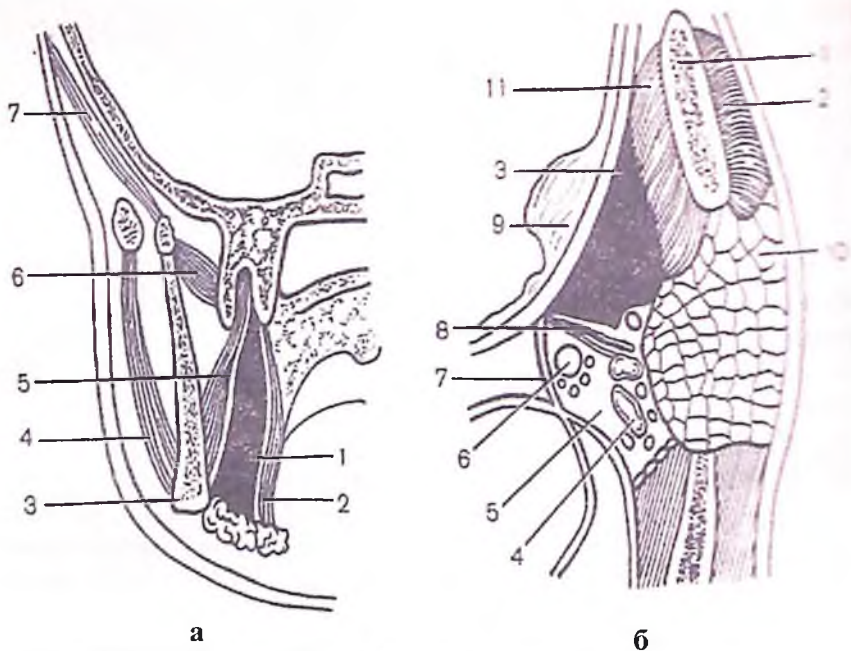
Бунга қуйидагича эришилади: тўқималарда туннел ҳосил қилинганидан кейин, юз артерия ва веналари ажратилади, улар боғланади ва тикилади (расм. 24), кейин Купер кайчиси билан чуқурликда жойлашган барча тўқималар кесилади, медиал канотсимон мушак пастки қисми пастки жағ бурчак соҳасида суяқдан ажратилади ва тўмтоқ йўл билан пастки жағ ички юзасига - йирингли ўчоқ жойлашган канотсимон -жағ бўшлиғига ўтилади.

Канотсимон-жағ оралиғи йирингли ўчоққа бирламчи жарроҳлик ишлови ўтказишда пасткижағ ости соҳасидаги кесув пастки жағ бурчагини айланиб ўтувчи ҳолатда давом эттирилади. Тўмтоқ ва ўткир йўл билан чуқур жойлашган тўқималарга

Бу кесув орқали медиал канотсимон мушак ички юзаси бўйлаб тўмтоқ йўл билан албатта юқорига юткин ёни соҳасига ўтилади, бу

йирингли экссудат эркин ажралиб чиқишини таъминлаб беради(расм. 24, 25).

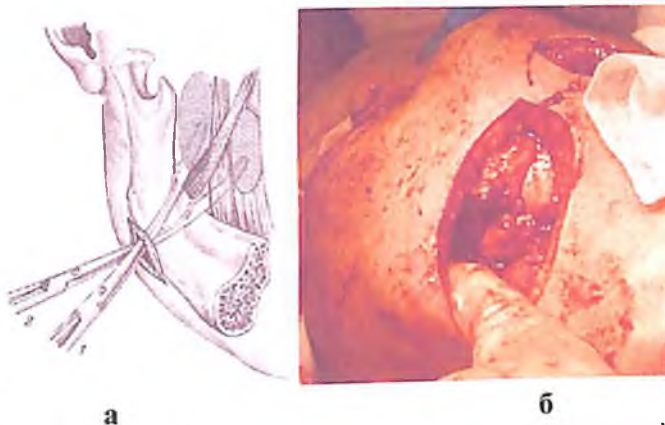
Кейинчалик даҳан ости соҳасидаги йирингли ўчокқа бирламчи жаррохлик ишлови бериш бошланади. Бунда кесув пастки жағ даҳан соҳасидан тилости суяги йўналиши бўйлаб ўтказилади (расм. 26). Бу тери, териости каватини кесиш орқали амалга оширилади.



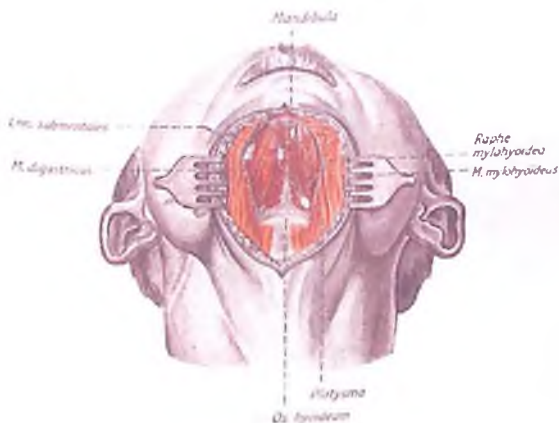
Расм. 24. В.А. Козлов (1988) бўйича: а - юткин ёни флегмонасини фронтал юзада локализацияси схемаси: 1 - яллиғланиш инфильтрати, 2 - юткин ён девори, 3 - пастки жағ суяги, 4 - чайнов мушаги, 5 - медиаль канотсимон мушак, 6 - латерал канотсимон мушак, 7 - чакка мушаги; б - яллиғланиш инфильтрати горизонтал юзада локализацияси схемаси: 1 - пастки жағ шохи, 2 - чайнов мушаги, 3 - юткин ёни олдинги бўлимида яллиғланиш инфильтрати, 4 - ички бўйинтирик венаси, 5 - юткин ёни бўшлиғи орқа бўлими, 6 - ички уйқу артерия, 7 - юткин-умурткаолди фасцияси, 8 - бигиздиафрагма, 9 - танглай муртаги, 10 - кулоколди сўлак беши, 11 - медиаль канотсимон мушак [18].

Операцион яра четлари тўмтоқ ва ўткир йўллар билан кенгайтирилиб чуқурда жойлашган тўқималарга даҳан ости соҳасидаги йирингли ўчокқа ўтилади. Тил илдизи соҳасида жойлашган йирингли ўчокни тафтиш қилиш ва бўшатиш зарурати

бўлганида жағ-тилошти мушаги чоки бўйлаб кесилади. Кейин тўмтоқ йўл билан юқорига кўтарилиб, даҳаности-тилошти мушаклари сурилади ва одатда шу мушаклар орасида, ҳамда булардан бироз латерал ва орқарокда даҳаности-тил тилошти-тил мушаклари орасида йирингли ўчоқ аниқланади.



Расм. 25. Йирингли ўчоқни бирламчи жарроҳлик ишлови ва тафтиши : а – қисқич ёрдамида асбоб ёрдамида тўмтоқ йўл билан тафтиш қилиш: 1 – асбоб бўшлиқни юқори бўлимга киритилган, 2 – асбоб бўшлиқни пастки бўлимга киритилган, [41]; б – канотенмон жағ ва юткин ёни соҳаларини бармоқ билан тафтиш қилиш.



Расм. 26. Даҳан ости соҳасида жойлашган йирингли ўчоқни очиш схемаси [41].

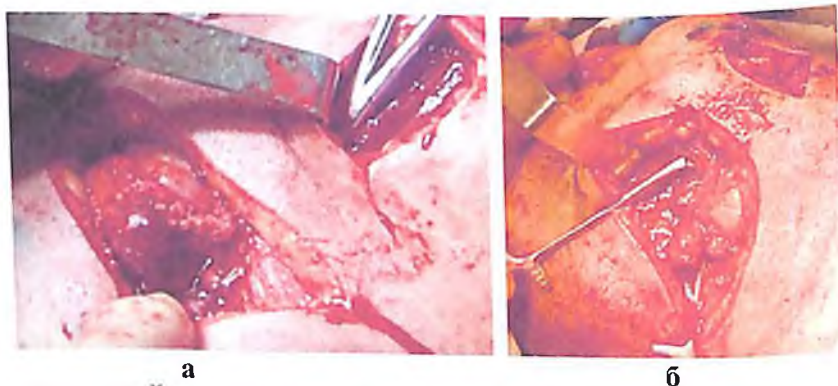


Расм. 27. Тил илдизи соҳасида жойлашган йирингли ўчокни бирламчи жарроҳлик ишлови [41].

Кейин кетма-кетликда бармоқ билан кўрсатилган бўшлиқлар тафтиш қилинади. Юқорида белгиланган кесувлар тўмтоқ ва ўткир йўл билан ўзаро бирлаштирилади, 29 (а) ва 29 (б)) бўшлиқлар найсимон перфорирланган(тешикли) дренажалар (рис. 30 (а)) ва сульфат магний гипертоник эритмаси билан шимдирилган марлили дренаж, анаэроб инфекциясига гумон қилинганида – 1% ли перманганат калий эритмаси ($KMnO_4$) шимдирилган дренаж қолдирилади (расм. 29 (б)).

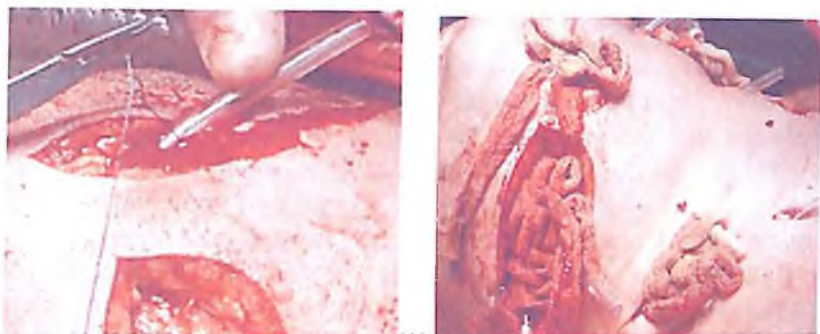
Ҳозирги пайтда кўкс оралиғидаги йирингли ўчокка қуйидаги кириш йўллари қўлланилмоқда (расм. 30):

- Кўкрак усти кўндаланг кесуви;
- юқори-олдинги бўйин ва ён медиастинотомияси



Расм. 28. Йирингли ўчокни бирламчи жарроҳлик ишлови босқичлари: а – пастки жағ ости ва бўйин ён юзалари соҳаси; б – пастки жағ ости ва даҳаности

соҳалари (бажарилган кесувларни ўзаро тўмтоқ ва ўткир йўллар билан бирлаштириш)



а

б

Расм. 29. Йирингли ўчоқни бирламчи жарроҳлик шиллови босқичлари: а – найчали перфорирланган дренаж билан дренажлаш Пастки жағ ости соҳаси; б – оғиз туби ва бўйни соҳаларини – найчали перфорирланган дренажлар ва марлили дренажлар билан дренажлаш

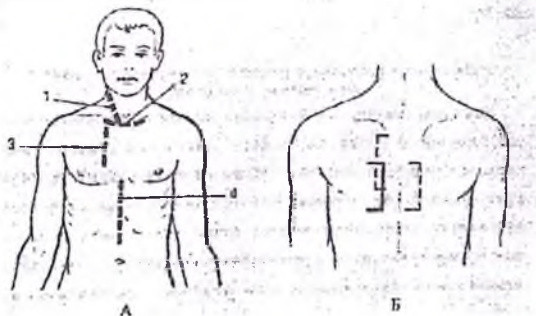
В.И. Разумовский бўйича;

- И.И. Насилов бўйича плевра ташқариси орқа медиастенотомияси;

- Савиных-Розанов бўйича пастки трансабдоминаль медиастенотомия;

- Маделунг бўйича парастернал кириш йўли;

- плевра орқали кириш йўли.



А

Б

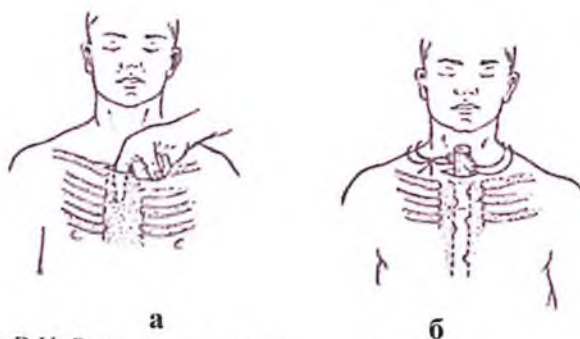
Расм. 30. Медиастенитларда қўлланиладиган теридаги кесувлар:

А – олдинги медиастенитлардаги кириш йўллари: 1 – В.И Разумовский бўйича юқориги-олдинги бўйни ва ён медиастенотомияси ; 2 - В.И.

Разумовскомий бўйича кўкрак усти кесуви; 3 - Маделунг бўйича парастернал кесуви; 4 - Савиных-Розанов бўйича диафрагма орқали медиастиномия. Б - И.И. Насилов бўйича орка медиастинитларда хирургик кириш йўллари [11].

Одонтоген медиастинитларда яллиғланиш ўчоғи кўпинча кўкс оралиғини юкори қисмида жойлашади. Шу сабабли ушбу категориядаги беморларни даволашда кўпинча ўрта (кўкрак усти кесуви) ёки В.И. Разумовский (1899) бўйича юкориги-олдинги бўйин ва ён медиастиномияси (кўкрак-ўмров- сўрғичсимон мушаги олдинги қирраси бўйлаб кесув) кесуви ўтказилади.

Кўкрак усти бўйин медиастиномияси бўйинтирик чуқурига паралел равишда ёйсимон шаклдаги кесув билан тўш суяги дастаги соҳасида ўтказилади. Кетма-кетликда тери, териости кавати, биринчи фасция, териости мушаги ва фасцию кўкрак-ўмров-сўрғичсимон мушак фасцияси кесилади. Кўндаланг йўналишда кўрсатилган мушакни медиал бошчаси ва фасцияси, кўкрак-тилости, кўкрак – қалқонсимон мушаклари кесилади. Бўйинни учинчи фасцияси кесилади ва претрахеаль соҳа тўқимаси ажратилади, тўмтоқ йўл билан кўкс оралиғи юкориги қисмига ўтилади. Сўнгра тўқималар эҳтиёткорлик билан ажратилиб, кўрсаткич бармоқ кўкрак суяги орка қирраси бўйлаб йирингли экссудат олинганча сурилади (расм. 31 (а)). Бўшлиқдан йирингли ажралма аспирация қилинади, антисептиклар эритмалари билан инстиляция қилинади, яра битта ёки иккита хлорвинил найчалари билан дренажланади (расм. 31 (б)).



Расм. 32. В.И. Разумовскомий бўйича кўкракусти медиастино-томияси: а – кўрсаткич бармоқни кўкрак суяги орка қирраси бўйлаб кўкс оралиғидан йиринг ажралиб чиққунича сурилади ; б – кўкс оралиғи юкориги олдинги бўлимни дренажлаш [11].

Юқориги - олдинги бўйин ва ён медиастинотомияси пациент юқорига қараб ётиб, елкалари остига ёстиклар қўйилиб, боши кесиладиган томонга қарама-карши бурилган ҳолатда бажарилади. 10-12 см ли тери кесуви кўкрак-ўмров-сўрғичсимон мушакни олдинги қиррасидан калқонсимон тоғайни юқориги қиррасидан бўйинтирик чуқуригача кесилади (расм. 33). Бўйин тери ости мушаги, бўйин биринчи, иккинчи фасциялари ва кўкрак-ўмров-сўрғичсимон мушак қобиғи билан бирга кесилади. Бўйин томир-асаб тутами очилади ва четга сурилади, курак-тилости мушаги ва бўйин учинчи фасцияси кесилади

Қалқонсимон без ён бўлаги, кўкрак-тилости ва кўкрак - калқонсимон мушаклар ичкарига сурилади(расм. 34). Трахеяни олдинги ва ён юзадаги тўқималар бармоқ билан ажратилиб, кўкс оралиғи юқориги қисмига ўтилади. Орқа кўкс оралиғини дренажлаш керак бўлганида қизилўнгач атроф тўқималари ажратилади, қизилўнгач очилади, қизилўнгач атроф бўшлиғи кенгайтирилади, орқа кўкс оралиғига ўтилади

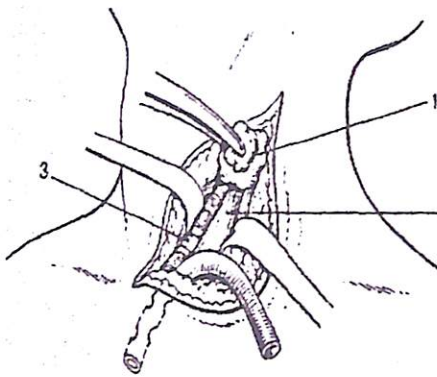


а



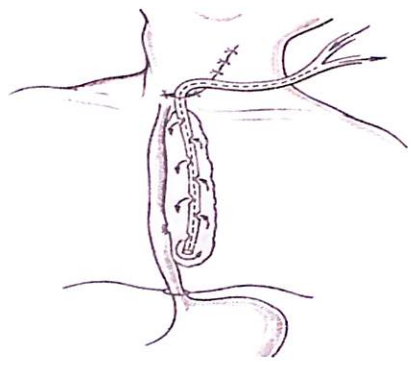
б

Расм. 33. В.И. Разумовский бўйича кўкрак-ўмров-сўрғичсимон мушак олдидан кесув ўтказиш- юқориги-олдинги бўйин ва ён медиастинотомияси : а – схема [11], б – В.И. Разумовский бўйича юқориги-олдинги бўйин ва ён медиастинотомияси операция майдонини кўриниши



Расм. 34. Юқориги-олдинги бўйин ва ён медиастинотомияси (йирингли ўчокни очиш ва дренажлаш): 1 – қалқонсимон без; 2 - кизилўнгач; 3 – трахея [11].

Плевра пардаларини жарохатланишини олдини олиш мақсадида асбоб ёки бармоқларни томир-асаб тутами ва кўкрак-ўмров-сўрғичсимон мушаги ички бошчаси бўйлаб ва тўш суяги дастаги орқа юзаси ёки кизилўнгач бўйлаб юргизиш керак. йирингли ажралма аспирация қилинади, антисептиклар эритмалари билан инстилляция қилинади, яра битта ёки иккита хлорвинил найчалари билан дренажланади ва уларни учи ярадан чиқариб қўйилади. Бундай ҳолатларда Н.Н. Каншин ва б. (1978) бўйича фаол дренажлаш самарали ҳисобланади. У антисептикларни кўкс оралиғига доимий юборилиб, бир вақтни ўзида икки бўшликли силикон найчалар орқали чиқаришга асосланган (расм. 35).



Расм. 35. Олдинги кўкс оралиғини икки бўшликли силикон найчалари билан дренажлаш [11].

ЖАҒ-ЮЗ СОҲАСИ ОҒИР ОДОНТОГЕН ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИ АСОРАТЛАРИНИ (ЮЗ ВЕНАЛАРИ ТРОМБОФЛЕБИТА, КАВЕРНОЗ СИНУС ТРОМБОЗИ, ОДОНТОГЕН МЕДИАСТИНИТ) ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯСИ

Юз-жағ соҳаси оғир йирингли-яллиғланиш асоратларини (юз веналари тромбофлебита, говаксимон синус тромбози, одонтоген медиастенит) самарали интенсив терапияси йирингли ўчоқни фақат тўла хирургик санацияси ва адекват антимиқроб терапияси бўлганида амалга оширилиши мумкин. Ноадекват бошланғич антимиқроб терапия – кўрсатилган категориядаги патологияли пациентларда леталлик эҳтимоли кўпроқ кузатилади. Бунда ҳаётий муҳим аъзо ва тизимлар фаолиятини ушлаб туриш, органлар дисфункциясини олдини олиш ва бартараф қилиш мақсадга йўналтирилган интенсив терапиясиз мумкин эмас.

Бундай терапиянинг асосий мақсади – жағ-юз соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларига характерли бўлган кислородни кўп истеъмол қилиниши шароитида уни транспортини оптималлаштиришга қаратилган. Даволашни бу йўналиши гемодинамик ва респиратор ёрдам орқали амалга оширилади. Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари комплекс давоси қуйидагилардан иборат бўлиши керак:

- хирургик даво
- антибактериаль терапия;
- гемодинамик ёрдам;
- респиратор терапия;
- гликемия назорати;
- кортикостероидларни қўллаш;
активирланган протенини қўллаш
(дротрекогин-альфа активирланган Зигрис);
- иммунокоррегирловчи терапия;
- тромбозэмболик асоратларни профилактикаси ва даволаш;
- ошқозон-ичак тракти стресс жароҳатланишини профилактикаси;
- экстракорпораль детоксикация усуллари;
- нутритив ёрдам [36].

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор пациентларга антибактериаль терапия

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларини комплекс даволашда антимикроб дори воситалари муҳим компонент ҳисобланади. Бундай ҳолатларда эрта адекват эмпирик антимикроб терапия ўлим ҳолатлари ва бошқа асоратлар сонини қисқартиради. Шуларни ҳисобга олган ҳолда эмпирик антимикроб терапия юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларида ташхис аниқланиши ва текширувлар натижалари олиниши билан тайинланиши керак.

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари тизимли яллиғланиш жавоби фонида кечишини ҳисобга олиб микробиологик диагностика қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

1) Йирингли – яллиғланиш ўчоғини текшириш;

2) периферик қонни текшириш.

Тахмин қилинаётган инфекция ўчоғидан ва периферик қондан бир хилдаги микрофлора ажралиб чиқса, уни йирингли-яллиғланиш жараёнини ривожланишидаги этиологик аҳамияти тасдиқланганлигини кўрсатади. Инфекция ўчоғи ва периферик қондан турли қўзғатувчилар аниқланса уларни ҳар бирини этиологик аҳамиятини баҳолаш керак. Бунда микробиологик диагностикани самарадорлиги патологик материални тўғри олиш ва транспортировкасига тўғридан-тўғри боғлиқлигини ёдда тутиш керак. Шу сабабли патологик материални тўғри олиш ва транспортировкасида қуйидагиларни асосий талаб деб ҳисоблаш керак:

- йирингли ўчокқа максимал яқинлашиш;
- текширувга олинаётган материалга бошқа нарсаларни – бегона микрофлорани аралаштирмаслик (контаминация)
- олинган материални микробиологик текшируви бошлангунича транспортировкада ва сақлаш вақтида микроорганизмлар пролиферациясини олдини олиш.

Материални олишда талабларни қатъий бажариш ва замоновий микробиологик усулларни қўлланилганида септик ҳолатларда мусбат гемокультура 50% ва ундан кўп ҳолатларда аниқланади. Агар типик патогенлар: *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, ҳамда ажратиб олинган бўлса ташхис қўйиш учун битта мусбат натижа етарли бўлади. Тери сапрофитлари

бўлган ва бошқа микроорганизмлар билан (*Staphylococcus epidermidis*, коагулазопатоген стафилококлар, дифтерондлар) аралашини хусусиятига эга микрофлора ажратиб олинган бўлса, ҳақиқий бактериемияни аниқлаш учун иккита мусбат гемокультура керак бўлади.

Гемокультуранини замонавий автоматик текширув усуллари микроорганизмлар ўсишини инкубацияни 6-8 соати давомида (24 соатгача) қайд этиш имкониятини беради, бу ўз навбатида, 24-48 соатдан кейин кўзгатувчини аниқ идентификациясини олиш имконини беради.

Қонни адекват микробиологик текширувини амалга ошириш учун қуйида санаб ўтилган қондаларга амал қилиш керак:

- антибиотиклар тайинлангунича қон текширувга олинини керак. Агар бемор антибактериал терапияни олишини бошлаган бўлса, қонни препаратни навбатадги юборилишидан олдин олинини ва таркибда бактериал сорбентли препаратлар бўлган озик моддаларида текширилиши керак:

- қонни стерилликка текширишни стандарт иккита периферик венадан 30 минутгача интервал оралигида олинини ҳисобланади, бунда қон ҳар бир венадан аэроб ва анаэробларни ажратиб олиш учун озукаси бор иккита флаконга йиғилади.

Замбруғли этиологияга шубҳа бўлганида замбруғларни ажратиб олиш учун махсус озукаларни ишлатиш керак;

- текшириш учун қонни периферик венадан олиш керак (артериядан эмас). Катетердан қон олиш мумкин эмас. Катетер-ассоциирланган сепсисга шубҳа бўлган ҳолат истисно ҳисобланади. Бунда текширувдан мақсад катетер ички юзаси микроблар кантоминацияси даражасини баҳолашдан иборат. Ушбу ҳолатда инфицирлангалиги тахмин қилинаётган катетердан қонни бир вақтда миқдорий бактериологик текширувини ўтказиш керак . Агар иккала намунадан бирхил микроорганизм ажратиб олинса, намуналарни катетр ва венадан уруғланиш миқдори тенг ёки бешдан ортик бўлса, катетр инфекция манбаи ҳисобланади (диагностикани бу услубини сезгирлиги 80% ва ундан ортиқни ташкил этади, ўзига хослиги 100% га тенг);

- периферик венадан қон олишда асептикага диққат билан амал қилиш керак. Игна санчиладиган жойдаги тери йод эритмаси билан икки марта артилади - концентрик ҳаракатлар билан марказдан периферия йўналишида камида бир минут давомида.

Бевосита қон олишдан олдин терига антисептик билан ишлов берилади. Венепункцияда албатта стерил кўлқоплар ва стерил қурук шприцлардан фойдаланилади. Ҳар бир синама керакли ҳажмда алоҳида шприцга олинади.

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор пациентлар этиотроп терапиясини режалаш

Бирламчи инфекция ўчоғидан ёки қондан этиологик аҳамиятга молик микроорганизмлар ажратиб олинса, уларни сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда этиотроп терапия ўтказиш имконияти пайдо бўлади, бу даволаш муваффақияти фозини ошириб беради (5-Жадвал).

5-жадвал

В.Б. Белобородов ва ҳаммуаллиф. бўйича (2006) бирламчи инфекция ўчоғидан ёки қондан ажратиб олинган микроорганизмларга боғлиқ ҳолда юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларини эмпирик антибактериал терапияси бўйича тавсиялари

Микроорганизмлар	1-қатор воситалари	Альтернатив воситалар
<i>Граммубат микроорганизмлар</i>		
Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, ОЧ¹	Оксациллин Цефазолин	Амоксициллин / клавуланат Цефутоксим Левифлоксацин Моксифлоксацин
Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis, ОР²	Ванкомицин Линезолид	Рифампицин + ко- тримазол (ципрофлоксацин) Фузидиевая кислота + ко-тримазол
Streptococcus viridans	Ампициллин Бензилпенициллин	Ванкомицин Цефотоксим Цефтриаксон

Streptococcus pneumoniae	Цефатоксим Цефтриаксон Цефепим	Ампициллин Бензилпенициллин Ванкомицин Имипенем Левифлоксацин Меропенем Моксифлоксацин
Enterococcus faecalis	Ампициллин + гентамицин	Ванкомицин ± гентамицин Линезолид
Enterococcus faecium	Линезолид	Ванкомицин ± гентамицин
Грамманфий микроорганизмлар		
E. coli, P. Mirabilis	Амоксициллин / клавуланат Цефотоксим Цефтриаксон	Имипенем Меропенем Фторхинолон ³ Цефепим
K. pneumoniae, P. vulgaris	Имипенем Меропенем	Амикацин Цефепим Цефоперазон / сульбактам Цефотоксим Цефтриаксон Ципрофлоксацин
Enterobacter spp., Citrobacter spp., Serratia spp.	Имипенем Меропенем Цефепим	Амикацин Цефотоксим Цефтриаксон Ципрофлоксацин
Acinetobacter spp.	Имипенем Меропенем Цефоперазон / сульбактам	Ампициллин / сульбактам Цефтазидим + амикацин Ципрофлоксацин + амикацин
P. aeruginosa	Меропенем Цефтазидим + амикацин Цефепим + амикацин	

Burkholderia cepacia	Меропенем Ципрофлоксацин	Цефтазидим Цефоперазон Ко- тримазол
Stenotrophomonas maltophilia	Ко-тримазол	Тикарциллин / клавуланат
Candida spp.	Флуконазол Амфотерицин В	Каспофунгин

Изох: ОЧ¹ - оксациллин сезгир штаммлар, ОР² - оксациллин-резистент штаммлар, ³Левофлоксацин, моксифлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин.

Ҳозирги вақтда юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари асоратлари этиологик **структурасида** стафилококклар катта ўрин тутди. Ушбу ҳолатларда антибиотикотерапияни режалаштиришда когулазонегатив стафилококклар гуруҳида метициллин-резистентли шакллари кенг тарқалганлигини ҳисобга олиш керак.

Метициллинга сезувчанлиги бор *S. Aureus* ёки когулазонегатив стафилококклар чақирган йирингли-яллиғланиш жараёнлари ва уларни оғир асоратларида оксациллин препарати дори воситалари ичида энг мақбули бўлиб, унинг суткалик миқдори 12 г дан кам бўлмаслиги керак; касалликни оғир кечишида ёки бирломчи ўчоқ суяк тўқимасида жойлашган бўлса ушбу препаратни гентамицин билан бирга қўллаш яхши самара беради. Тилларанг стафилококкни метициллин-резистентли штамлари ажратиб олинган бўлса, бунда ишончли дори воситаси бўлиб ванкомицин линезолид ҳисобланади. Бу антибиотикларга альтернатив рифампицин ҳисобланиб, бу дори метициллинрезистентли стафилококклар (80-95%) сезувчанлиги юқори даражада сақланиб қолган. Аммо препарат монотерапия режимида қўлланилса, бу дорига тез барқарорлик шаклланиши мумкин. Шу сабабли рифампицинни ко-тримазол ёки ципрофлоксацин билан комбинацияси оптимал ҳисобланади (сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда). Ҳозирги вақтгача метициллин-резистентли стафилококклар сезувчанлиги сақланган препарат бўлиб фузид кислотаси ҳисобланади.

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари ва уларни асоратлари этиологиясида грамманфий бактериялардан энтеробактериялар кўпроқ (*Enterobacteriaceae*) ўрин тутди.

Klebsiella spp. лар чакирган оғир асоратларда даволашни нишончи тартиби даволашни эрта босқичларида карбапенемларни тайинлашдан иборат. Оғир бўлмаган инфекцияларда БЛРС-продуцентлари чакирган инфекцияларда яхши самара кўрсатган цефепими альтернатив шаклида тайинлаш мумкин.

Анаэроб микроорганизмлар юз-жағ соҳаси йирингли-яллигланиш жараёнлари ва уларни оғир асоратларида клиник аҳамиятга эга (асосан грамманфий *Bacteroides spp.* ёки *Clostridium spp.* Ва б.). Бундай вазиятларда антианаэроб фаоллиги бор антибактериал воситаларни тайинлаш тўғри ҳисобланади. Анаэроб микроорганизмларга нисбатан юкори фаоллик намоён этувчи кенг спектрли баъзи антибиотиклар (бета-лактамлар, карбапенемлар билан химояланган) монотерапия режимида қўлланилиши мумкин. Буида цефалоспоринлар, аминогликозидлар ва фторхинолонлар (моксифлоксосиндан ташқари) анаэробларга клиник фаоллиги пастлигини ҳисобга олиб, антианаэроб препаратлари – метранидозол ёки линкозамидлар (клиндамицин, линкомицин) билан биргаликда тайинланиши керак. Клостридиал флора аҳамиятли ўрин тутган юмшоқ тўкималар инфекцияси терапияси схемасида (айниқса некротик инфекцияларда) клиндомицин долзарблигини сақлаб қолмоқда . Препарат бактериялар токсинлари маҳсулотларини йўқ қилиш қобилиятига эга ва остеотроп бўлганлиги учун суяқлар зарарланишида (шу жумладан одонтоген жараёнларда) қўлланилиши мумкин. Бошқа вазиятларда аралаш инфекцияларда антианаэроб препарат сифатида метранидозол афзалроқ ҳисобланади.

Замбругли флора сабаб бўлган юз-жағ соҳаси йирингли-яллигланиш жараёнлари ва оғир асоратлари касалликни оғир шаклига киради ва бунда ўлим ҳолати юкори бўлиши (50% ва ундан юкори) кузатилади. Бунда, одатда кандидемия ва ўткир диссеминирланган кандидоз таъкидланади.

Кандидемия - тана ҳарорати 38°C ёки ундан юкори бўлганида ёки тизимли яллигланиш реакциясининг бошқа белгилари бўлганида қон экмасидан бир маротба *Candida spp.* ажратиб олинишига айтилади.

Диссеминирланган кандидоз культурал ёки гистологик зарарланиш белгилари бўлган чуқур тўкималарни кандидемия биргаликда бўлиши ёки икки ва ундан ортик нормал стерил локуслардан *Candida spp* лар ажатиб олиниши тушунилади.

Замбруғлар сабабли келиб чиққан юз-жағ соҳаси йирингланиш-яллигланиш жараёнларини ҳозиоги вақтда адекват терапияси учта препаратлар – амфотерицин В, флуконазол ва каспофунгин билан чегараланган.

Амалиёт мақсадлари учун кандидаларни уруғдошлиги тўғрисида тасавурга эга бўлиш керак, чунки уларнинг баъзилари (*C. Glabrata*, *C. krusei*) азолларга чидамли бўлиши мумкин (флуконазол), лекин амфотерицинга ва каспофунгинга сезувчанлиги сақланиб қолади. Амфотерицин В оригинал препарат ёки липосомал шаклида қўлланилиши мумкин. Бу препарат оригинал дори воситасига нисбатан камроқ заҳарлиликга эга. Каспофунгин ўткир диссеминирланган кандидоз кўзгатувчисига нисбатан юқори фаоллиги бор янги препарат ҳисобланади. 6-таблицада юз-жағ соҳаси йирингли-яллигланиш жараёнлари ва оғир асоратларида тавсия этиладиган эмпирик анибактериал терапияда дори воиталарининг дозалари(микдори) келтирилган.

6-жадвал

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллигланиш жараёнлари оғир асоратларида эмпирик терапияда вена ичига юбориладиган антибиотиклар дозалари

Антимикроб дори воситалари	дозалари
Пенициллинлар	1-2 млн ЕД 6 маротабав суткада (стрептококк инфекцияси)
Бензилпенициллин	4 млн бирлик 6-8 маротаба суткада (анаэроб инфекция, менингит)
Ампициллин	2 г 4-6 маротаба суткада
Оксациллин	2 г 4-6 маротаба суткада
<i>Антисинегнойли фаоллиги йўқ I-III авлод цефалоспориинлар</i>	
Цефазолин	2 г 2-3 маротаба суткада
Цефатаксим	2 г 3-4 маротаба суткада ¹
Цефтриаксон	2 г 1 маротаба суткада ¹
Цефуроксим	1,5 г 3 маротаба суткада
<i>Антисинегнойли фаоллиги бор III-IVавлод цефалоспориинлар</i>	
Цефепим	2 г 2 маротаба суткада
Цефтазидим	2 г 3 маротаба суткада
Цефоперазон	2-3 г 3 маротаба суткада

<i>Карбонемлар</i>	
Импипенем	0,5 г 4 маротаба суткада ёки 1 г 3 маротаба суткада
Меропенем	0,5 г 4 маротаба суткада ёки 1 г 3 маротаба суткада
Эртапенем	1 г 1 маротаба суткада
<i>P-лактамлири β-лактамаз ингибиторлари билан комбинациялари</i>	
Амоксициллин / клавуланат	1,2 г 3-4 маротаба суткада
Ампициллин / сульбактам	1,5 г 3-4 маротаба суткада
Тикарциллин / клавуланат	3,2 г 3-4 маротаба суткада
Цефоперазон / сульбактам	4 г 2 маротаба суткада
<i>Аминогликозидлар</i>	
Амикацин	15 мг/кг в сутки ²
Гентамицин	5 мг/кг суткада ²
Нетилмицин	4-6 мг/кг в суткада ²
<i>Фторхинолонлар</i>	
Левифлоксацин	500-1000 мг 1 маротаба суткада
Моксифлоксацин	400 мг 1 маротаба суткада
Офлоксацин	400 мг 2 маротаба суткада
Пефлоксацин	400 мг 2 маротаба суткада
Ципрофлоксацин	400-600 мг 2 маротаба суткада
<i>Антистафилококк фаоллиги бор дори воситалари</i>	
Банкомицин	1 г 2 маротаба суткада
Линезолид	600 мг 2 маротаба суткада
Рифампицин	300-450 мг 2 маротаба суткада
Фузиди кислотаси	500 мг 4 маротаба суткада
<i>Антианаэроб фаоллиги бор дори воситалари</i>	
Клиндамицин	600-900 мг 3 маротаба суткада
Линкомицин	600 мг 3 маротаба суткада
Метронидазол	500 мг 3-4 маротаба суткада
<i>Замбругларга қарши фаоллиги бор дори воситалари</i>	
Флуконазол	6-12 мг/кг/ сут – венанчи инфузияси 10 мл/ мин тезликда
Амфотерицин В	0,6-1,0 мг/кг/ сут – венанчи инфузияси 400 мл 5% глюкоза

	ритмасида 0,2-0,4 мг/кг/соат тезликда
Амфотерицин В липосомал	3 мг/кг 1 маротаба суткада
Каспофунгин	Биринчи кун – 70 мг 1 маротаба суткада, кейин – 50 мгдан 1 маротаба суткада

Изох: ¹ Марказий асаб тизими инфекцияларида суткалик дозани 2 маротаба кўпайтириш керак, суткалик доза 1 ёки 2-3 маротаба киритилиши мумкин.

Пациент микробиологик текширувлари натижасини олгунга қадар қуйидаги антибиотиклардан: пенициллинлар (пиперациллин, тикарциллин, тикарциллин+клавунат, мезлоциллин), цефалоспорин (цефепим, цефазолин, цефотаксим), карбапенемлар (имипенем), аминогликозиды (амикацин, гентамицин, нетилмицин, тобрамицин), фторхинолоны (офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлoксацин), линкозамидлар (клинамицин), ко-тримаксозол, фосфомицин. Шу билан бир вақтда юз-жағ соҳаси тарқалган флегмоналари комбинирланган антибиотикотерапияни тайинлашни талаб этади. Микроорганизмлар сезувчанлиги асосида ҳамда, антибактериал препаратлар ўзаро таъсирини ўрганиш асосида синергик самарали антибиотикларни биргаликда тайинлаш аниқлаб олинади. Қуйидаги бирикмалардан фойдаланиш кераклиги аниқланан: пенициллинлар (пиперациллин, тикарциллин, тикарциллин+клавунат, мезлоциллин) аминогликозидлар билан (амикацин, гентамицин, нетилмицин тобрамицин), фторхиноллар билан (офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлoксацин), истисно тариқасида – рифампицин билан биргаликда қўлланилади. Цефалоспоринлар (цефепим, цефазолин, цефотаксим) фторхиноллар ва (офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлoксацин) рифампицин билан бирга ишлатилиши мумкин. Карбапинемлар (имипенем) фторхинолларни (офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлoксацин) таъсирини кучайтиради. Аминогликозидлар (амикацин, гентамицин, нетилмицин, тобрамицин) пенициллинлар (пиперациллин, тикарциллин, тикарциллин+клавунат, мезлоциллин) ва фторхиноллар билан бирга қўлланилади (офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлoксацин). Линкозамидлар (линкомицин, клиндамицин) фторхиноллар (офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлoксацин) ва сульфаниламидларни (ко-тримаксозол, сульфаметоксозол)

таъсирини кучайтиради. Рифампицин пенициллинлар, цефалоспоринлар (цефепим, цефазолин, цефотаксим), фторхинолонлар билан ўзаро (офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин) таъсирланганида синергизмни намоён этади

Антибактериал терапияни давомийлиги

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларида антибактериал терапияни бемор ҳолатида ижобий динамикага эришулгунча ва инфекция асосий симптомлари йўқ бўлгунича давом эттирилади. Умумий кўринишда антибактериал терапияни оғир асоратлардаги етарлилик мезонлари куйидагилардан иборат бўлиши керак :

- инфекция асосий симптомлари ижобий динамикаси;
- тизимли яллиғланиш реакцияси белгиларини йўқлиги
- ошқозон ичак тизими функциясининг нормаллашуви ;
- қонда лейкоцитлар миқдори ва лейкоцитар формулани нормаллашуви;
- манфий гемокультура.

Бактериал инфекцияни белгиларидан бирини сақланиши антибактериал терапияни давом эттиришга абсолют кўрсатма ҳисобланмайди.

Хирургик инфекция антибактериал терапияси қабул қилинган муддатлари 5-10 кундан иборат бўлиши керак. Даволашни ривожланиши мумкин бўлган асоратлари, штаммлар селекциясида каршилигини ошиб кетиши ва суперинфекция ривожланишини ҳисобга олганда узок антибактериал терапия максадга мувофиқ эмас.

Аммо маълум бир клиник вазиятларда антибактериал терапия узокроқ вақт давом этиши мумкин, бу аввало остеомиелитга ва *S. aureus* чақирган инфекцияларга тегишли. Антибактериал терапияни кўрсатилган вазиятларда давомийлиги 2-3 хафтани ташкил этиши мумкин.

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор пациентларда гликемия назорати

Оғир асоратларда комплекс ИТни асосий қисмлари гликемия даражасининг доимий назорати ва инсулинотерапиядан иборат. Гликемия даражасининг юқорилиги ва инсулинотерапияни

зарурлиги юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари ташхиси қўйилганларда касаллик натижаси ёмонлиги омили ҳисобланади. Бундай вазиятда гликемияни 4,5-6,1 ммоль/л даражада ушлаб туришга ҳаракат қилиш керак. Гликемия даражаси 6,1 ммоль/л дан юкори бўлганида инсулин инфузияси (0,5-1 миқдорда бир./соат) нормогликемияни таъминлаш учун ўтказилади (4,4-6,1 ммоль/л). Клиник вазиятдан келиб чиқиб глюкоза концентрацияси назоратини ҳар 1-4 соатда ўтказиш керак. Белгиланган алгоритм бажарилса пациентлар яшаб кетиш миқдори сезиларли ошиши қайд этилади.

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор пациентларда кортикостероидларни қўллашни асосий тамойиллари

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор пациентларда гидрокартизонни х 240-300 мг/сут миқдорда 5-7 давомида юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари комплекс терапиясида қўлланилиши гемодинамика стабилизациясини тезлатади, томирларга йўналтирилган давони тўхтатишга имкон беради, буйрақусти беэтишмовчилиги ҳамроҳ касаллиги бўлган пациентлар орасида ўлим ҳолатини камайтиради.

Преднизолон ва дексаметазонни асоссиз эмпирик тайинлашдан воз кечиш керак. Т

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларида иммунокоррегирловчи терапия

(IgG и IgG + IgM) иммуноглобулинларни вена ичига юбориш зарурияти уларни цитокинларни меъеридан ортиқ таъсирини чегаралай олиш имконияти, эндотоксикоз клиренсини ва стафилококк суперантигенини кўтариши, анергияни бартараф этиши, беталактамли антибиотиклар самарасини ошира олишидан келиб чиқади.

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларининг эрта босқичларида иммуноглобулинлар қўлланилганда энг яхши натижалар олинди.

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларида тромбозмболик асоратларни профилактикаси ва даволаш

Асосий препарат гепарин хисобланади (нофракцион ва пастмолекуляр). У тромблар ўсишини сўндиради, уларни эриб кетишига шароит яратади ва тромб ҳосил бўлишини олдини олади. Бундан ташқари, антисеротонин ва антибрадикинин таъсирини кўрсатади, шу сабабли томир ва бронхлар торайишини бартараф этишда муҳим рол ўйнайди. Аввал 10-20 минг. Бирлик гепарин вена ичига тез(тизиллатиб) юборилади, кейин- 5000 Бирлик ҳар 4 соатда юбориб турилади. Гепаринни юқори 20 000 Бирлик (300-500 Бирлик/кг) вена ичига тез(тизиллатиб), кейинчалик с последующей инфузией 5000 бирлик/соатда инфузия қилиш самарали бўлади. Гепаринотерапия назорати: қисман фаоллантирилган тромбопластин вақти (АЧТВ) (100 с ва ундан ортиқ вақтда ивмаслигига эришиш) суткада 4 маҳал. доза 500-1000 Бирлик/соатгача пасайтирилади. Суткалик доза 30000- 60000 Бирликни ташкил этиши керак.

Даволаш курси 7-10 кун, бу вақт оралиғида тромбни лизиси ва ташкилланиши юз беради. Гепарин олишни тўхтатишдан 3 кун аввал билвосита антикоагулянтлар (фенилин, варфарин) тайинланади, чунки улар аввал протени С ни даражасини пасайтиради, бу эса тромбозларни чақириши мумкин. Билвосита антикоагулянтлар билан даволаш 3 ойдан кам бўлмаслиги керак.

Кейинги йилларда пастмолекуляр гепаринлар (ПМГ) муваффақият билан қўлланиб келинмоқда. ПМГ қўллашда ижобий томони: юқори биологик кириш йўллари, териости инъекциясида тез сўрилиши, суткада фақат 1-2 марта юборилиши, яхши қабул қилиниши ПМГлардан бири фраксипарин хисобланади, у даволаш мақсадида бир суткада 2 маротаба қуйидаги дозаларда бемора тана оғирлиги хисобга олган ҳолда юборилади (8табл.).

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларида тромбозмболик асоратларни даволашда ПМГ – фраксипаринни қўллаш схемаси (кг)

8- жадвал

	Фраксипаринни 1 марта юборишдаги миқдори (2 бир кунда 2 марта юбориш). мл
45	0.4

55	0.5
70	0.6
80	0.7
90	0.9
100	1.0

Даво беморда ҳаракат фаоллиги тўлиқ тиклангунича, 10кундан кам бўлмаган муддатда давом эттирилади.

ПМГни тайинлашга қарши кўрсатма: ўткир бактериал эндокардит, тромбоцитопения, ошқазон ва 12 бармоқли ичак яраси (хуружи даврида), бош миёга қон қуйилиши. Ҳомиладор аёлларда ва буйрак-жигар етишмовчилиги бор беморларда препарат эҳиёткорлик билан тайинланиши керак. ПМГ билан даволашда, ацетилсалицил кислотаси, ностеронд яллиғланишга қарши препаратларни уларни потенцирлаш таъсирини кучайтиришини ҳисобга олиш керак.

Тромболитик терапия. гипотензия, ҳушидан кетганида, оғир гипоксияда, юрак тўхтаганида ўтказилади.

Тромболизис учун эндоген фибринолиз активаторлари: стрептокиназани турли препаратлари («Стрептокиназа», «Кабикиназа») қўлланилади.

Стрептокиназа» препарати билан даволашни глюкозани 5% ли 50 мл эритмасида 250000 Бирлик препаратни 30 мин давомида юборишдан бошланади, кейин 12-24 соат давомида препарат инфузияси 100 000 Бирлик/соат тезликда давом эттирилади. Аллергик реакциялар профилактикаси учун стрептокиназа билан бир вақтда 60-90 мг преднизолон юборилади.

Алмаштириш мақсадида тромболизис учун генинженерли одам тўқима активатори плазминоген(ТАП) актилиза (альтеплаза) қўлланилади. XX аср 90 йилларидан бу препарат тромболитик терапияни олтин стандарти бўлиб қолди. Препаратни камчилиги ярим чиқариш даврининг қисқалиги (4-5 минут), бу эса препаратни 90 минут давомида доимий томчилаб қуйиб туришни талаб этади. «Актилизе» (плазминогенни тўқима активатори): вена ичига 10 мгдан 2 минут давомида юборилади кейинги 60 минутда - 50 мг, кейин 2 соат давомида яна 40 мг (100 мг 3 соат ичида). 100 мг препаратни 2 соат давомида вена ичига юбориш мумкин.

Тромболизис ўтказилишида қуйидаги асоратлар кузатилиши мумкин:

1) Пироген ва аллергия реакциялар («Урокиназа», «Актилизе» и «Метализе» препаратларида антигенлик хусусиятлари йўқ);

2) Геморрагик асоратлар 45-50% ҳолатларда учрайди;

3) Плазминоген активаторлари билан даволшда тромбоз рецидиви эҳтимоли каттарок, чунки бу ерда тромбозэмболик касаллигида бошқа веналар тромблари бўлиниши (фрагментацияси) кузатилади.

Тромболитик препаратни инфузияси тезлиги тромбин вақтини назоратдагига нисбатан 2-5 марта узокрок ушлаб туриши керак. Тромболитик терапия тугаганидан сўнг схема бўйича гепарин тайинланади. Тромбозис самараси клиник кўринишлар, электрокардиографик ўзгаришлар регессига қараб баҳоланади.

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор беморларда экстракорпорал детоксикация усуллари

Тарқалган яллиғланиш жараёнлари ривожланиши ва тарқалишида кўп миқдорда турли биологик фаол моддалар ва маҳсулотларни қатнашиши детоксикация усуллари кўллашга асос бўлади, бу айниқса табиий жигар- буйрак клиренси полиорган етишмовчилиги шароитида долзарб ҳисобланади.

Бунда буйрак алмаштириш терапияси истикболли ҳисобланади, улар нафақат ўткир ёки сурункали буйрак етишмовчилиги бор пациент гомеостази уремик бузилишларига позитив таъсир этади, балки бу тоифа беморларда аниқланадиган бошқа аъзолар дисфункциясига ҳам ижобий таъсир кўрсатади

Гемодиализ кичик молекуляр массаларни (5×10^4 Д) ярим ўтказувчан мембрандан диффузиясига асосланган ва сурункали ҳамда ўткир буйрак етишмовчилигида даволашда фойдаланалидиган пациент организмидан босим градиенти бўйича ортикча суюқликни чиқариб юбориш усулидир. Кроме адекватной коррекции азотемии а процессе Гемофильтрация жараёнида азотемияни адекват коррекциясидан ташқари анафилотоксинлар С3а, С5а, яллиғланишга қарши цитокинлар (TNF- α , IL-1 β , IL-6, IL-8), b2-микроглобулин, многоглобулин, паратгормон, лизоцим, а-амилаза, креатинфосфокиназа, ишқорли фосфатаза, трансамилаза, креатинфосфокиназа, ишқорли фосфатаза, трансамилаза, креатинфосфокиназа, ишқорли фосфатаза, трансамилаза назалар яхши элиминацияланади. Гемофильтрация таъсири шуниқдек плазма оксилларига, шу жумладан иммуноглобулинларга, циркуляцияланалидиган иммун комплексларга,

аминокислоталарга ҳам тарқалади. Қон тозалашни энг самарали усули бўлиб, ўз ичига иккита усулни оладиган-массани ўтказадиган ва диффузия плюс конвекция гемодильтрация ҳисобланиб, у гемодиализ ва гемодифльтрацияда чиқиб кетадиган барча моддалар спектрига тарқалади. Гемодильтрация мембранасида патологик моддалар сорбцион компоненти детоксикация жараёнига қўшимча ҳисса қўшади .

Плазмаалмашиш (плазмаферез) ҳам юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари селсис билан асоратлаланган беморларда тарқалган яллиғланишни коррекциялаш усули ҳисобланади. Плазмаферезни доимий режимда плазмани ўртача 3-5 ҳажмда титрланган чиқариб ташлаш ва бир вақтни ўзида плазмани янги музлатилган плазма, альбумин, коллоид ва кристаллоид эритмалар билан алмаштирилиш оптимал вариант ҳисобланиши керак. Пациент плазмасини патоген субстратлардан тозалаш мақсадида сорбентлардан фойдаланиш, муолажа давомида бегона оксилларни ишлатиш билан боғлиқ бўлган ифлосланиш эҳтимолини камайтиради.

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор беморларни нутритив қўллаш

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларида полиорган етишмовчиликлари ривожланиши бирга кечади гиперметаболизм ривожланиши билан. Энергетик эҳтиёжлар компенсацияси ўзининг хужайравий структураларини емирилиши ҳисобига юз беради, бу эса бор бўлган аъзолар дисфункциясини чуқурлаштиради ва эндотоксикозни кучайтиради. Шундан келиб чиқиб сунъий озуқавий қўллаб-қувватлаш оғир асоратларда даволаш муолажаларининг муҳим компонентларидан бири ҳисобланади. Нутриевили қувватлаш тарқалган йирингли инфекцион жараёнлари учун метаболик характерли бўлган, яққол ифодаланган гиперкатаболизм ва гиперметаболизм фонида ривожланган оғир асорат - ҳолдан қолишни (оксил-энергетик етишмовчиликни), олдини олиш усули ҳисобланади. Интенсив терапия комплексига энтерал озиклантиришни қўшиш микрофлорани ичакдан транслокациясини дисбактериоз ривожланишини олдини олади, энтероцитлар функционал фаоллигини ва шиллиқ қават ҳимоя хусусиятларини ошириб, эндотоксикоз даражаси ва иккиламчи инфекцион асоратлар ривожланишини олдини олади.

Нутритив қувватлашни амалга оширишда қуйидаги тавсияларга риоя қилиш керак:

- Энергетик қувват – 25-35 ккал/кг/24 ч – ўткир фаза;
- 35-50 ккал/кг/24 ч – гиперметаболизм стабил фазаси;
- глюкоза – 6 г/кг/24 чдан камроқ;
- липидлар – 0,5-1 г/кг/24 ч;
- оксиллар – 1,2-2,0 г/кг/24 ч (0,20-0,35 г азот/кг/24 ч),
- азотли балансни эҳтиёткорлик билан назорат;
- витаминлар - стандарт суткалик тўплам + вит. К (10 мг/24 соат) + вит. В1 ва В6 (100 мг/24соатч) + вит. А, С, Е;
- микроэлементлар – стандарт суткалик тўплам + Zn (15-20 мг/24 ч +10

мг/л ич келиши суюқ бўлса);

- электролитлар – Na⁺, K⁺, Ca²⁺ балансли ҳисобларга ва плазмадаги концентрацияга + P₂ (> 16 ммоль/ 24 ч) + Mg₂ (> 200 мг/ 24 ч) мос равишда.

Нутритив қувватлашни эрта 24-36 соатларда бошлаш 3-4 суткаларда бошлаганга интенсив терапияга нисбатан самаралироқ ҳисобланади. Эрта энтерал овқатлантириш тўлиқ парентерал овқатлантиришга альтернатива кўринишида қабул қилинади.

МАВЗУНИ ЎЗЛАШТИРИШ НАЗОРАТИ САВОЛЛАРИ

Вазиятли масалалар

1- вазифа.

Бемор С.А.М., 32 ёш стоматология поликлиникасига хирург-стоматологга чап бурун юқори лаб бурмаси соҳасидаги чипқонга, титрокка, тана ҳароратини юқорилигига 39°C дан баланд шикоят билан муружат қилди. Касаллик анамнезидан пациент 2 кун аввал чап бурун юқори лаб бурмаси соҳасида чипқон пайдо бўлганини аниқлаган, уни сиқмоқчи бўлганлиги маълум бўлди.

Объектив кўрилганда: пациентда кучли интоксикация, тана ҳарорати $39,4^{\circ}\text{C}$ аниқланади. Бурун юқори лаб бурмаси соҳасида тўқималар шиши бор, у газакдан ташқарига тарқалиб, чап кўз пастки ковоғи конъюктивасини ўз ичига олади. Чап бурчак венаси бўйлаб оғрикли газак аркон кўринишида аниқланади. Унинг устидаги тери қоплами гиперемияланган, кўкимтир рангга эга, таранглашган. Кўз олмаси ҳаракати чегараланган. Қон умумий таҳлилида лейкоцитоз, лейкоцитларни чапга силжиши билан, ЭЧТ 52 мм/соат. Пешоб таҳлили натижалари токсик нефритга хос ўзгаришлар борлигидан маълумот беради. Қилиниши керак:

- 1) ташхис қўйиш;
- 2) пациент қаерда даволанишини аниқлаш;
- 3) Текширув ва комплекс патогенетик даво режасини тузиш.

2- вазифа.

Юз-жағ жарроҳлиги бўлимида даволанаётган 36 ёшли Ш.Г.К. бемор навбатчиликда кечки бўлим айланиш вақтида эътиборни ўзига қаратди. Саккиз соат аввал кўп тармоқли шифохона қабул бўлимида бурчак венаси тромбофлебети билан асоратланган чап лунж соҳаси чипқони ташхиси қўйилган.

Йирингли ўчоққа бирламчи ишлов берилган, қуйидаги даво тайинланган:

- 1) Ҳар кунги боғламлар;
- 2) Кенг спектрли антибиотиклар;
- 3) ностероид яллиғланишга қарши воситалари;
- 4) Антигистамин воситалар;
- 5) билвосита антикоагулянт – аспирин.

Аммо, ўтказилаётган давога қарамасдан бемор кўрик вақтида титрашга шикоят қилади. Объектив кўрилганида юз бурчак венаси бўйлаб тўқималар шиши ва инфильтрацияси аниқланади. Шиш

инфилтрат чегарасидан ташкарига тарқалади. Инфилтрация соҳасида кучли оғрик бор. Оғрикли соҳа кўкимтир рангга эга. Қолган тери қоплами оқимтир. Бемор тана ҳарорати 38,4°C. Қон таҳлилида лейкоцитар формула яққол чапга силжиган, ЭЧТ тезлашган, қон ивиш вақти қисқарган. В «фибриногена» фракцияси пайдо бўлган, XIII фактор фаоллиги ошган. фибринолиз пасайган, протромбин индекси ўзгармаган. Беморга кўрсатиладиган даво режаси:

1) ушбу беморда комплекс давони қандай коррекция қилиш керак ?

3- вазифа.

Бемор С.А.М., 22 ёш аёл киши стоматология поликлиникасига хирург- стоматологга чап бурун юқори лаб бурмаси соҳасидаги чипконга, тиграш, ҳолсизлик, тана ҳароратини 39°C юқорилигига, чап кўз соҳасидаги кучли оғриққа ва уни олдинга чиқиб кетишига шикоят қиляпти. Касаллик анамнезидан 3 кун аввал пациент юқори лаб бурун бурмаси соҳасида чипкон борлигини аниқлаган, уни бир неча маротаба сиқнишга ҳаракат қилган. Умумий аҳволи аста-секин ёмонлашган, шифокорларга мурожат қилмаган, ўзича даволанган

Объектив кўриқда : беморда кучли интоксикация, тана ҳарорати 39,5°C. Бурун юқори лаб бурмаси соҳасида тўқималар шиши бор, у газакдан ташкарига -чап кўз соҳасигача тарқалган. Қовоқлар соҳасидаги шишлар сабабли кўз ёриги очилмайди, чап томонлама экзофтальм аниқланади. Чап кўз олмаси ва кўз туби веналари кенгайганлиги аниқланади. Чап бурчак венаси бўйлаб аркон кўринишидаги оғрикли инфилтрат аниқланади. Унинг устидаги тери қоплами гиперемияланган, кўкимтир рангли, таранглашган. Кўз олмаси ҳаракати жуда чегараланган. Қон таҳлилида лейкоцитоз 18 х 10⁹/л лейкоцитар формула чапга силжиган, ЭЧТ 58 мм/соатига. Пешоб таҳлили натижалари токсик нефритга мос келади. Қиллиниши керак:

- 1) таъхис қўйиш;
- 2) пациент қаерда даволанишини аниқлаш;
- 3) патогенетик даво тартибини кўрсатиш.

4-вазифа.

Кўп тармокли клиник шифохона юз-жағ жарроҳига 57 ёшли бемор ютинишдаги, сўзлашувдаги тил ҳаракатидага оғриққа шикоят билан мурожат қилди. Бемор талаффузи ноаниқ, овози хириллаган.

Объектив кўриқда: даҳаности ва жағости юмшоқ тўқималар шиши ва яққол ифодаланган инфильтрацияси аниқланади Ушбу соҳаларда тери гиперемияланган, шишган, таранглашган, бурмага йиғилмайди. Шиш бўйинга, ўмров соҳасигачв ва бўйинтирик чуқуригача тарқалган. Пальпацияда қаттиқ, кучли оғриқли инфильтрат аниқланади. Бемор оғзи ярим очик, ундан ноҳуш ҳид келади. Тил куруқ, сарғимтир қоплам билан қопланган, ҳаракати чегараланган. Оғиз туби шиллик қавати гиперемияланган, шишган.

Бемор юз ва кўкрак қафаси тери қоплами цианотик, мармар аксидалиги эътиборни тортади, нафас етишмовчилиги аниқланади. Нафас олиш 48 мартагача 1 минутда. Нафас олиши юза, сезиларли қисқа, нафас чиқариш 2 мартагача узайган. Пульси 142 1 минутда. Тана ҳарорати 39°C. Бемор бошини олдига тушириб ўтирганида бироз энгилик сезади. Қон таҳлилида лейкоцитар формула чап томонга кескин силжиган, ЭЧТ тезлашган, анизоцитоз и пойкилоцитоз, периферик қонда семиз ва плазматик хужайралар, С-реактив оксиди (+++). Беморда қон кислота-ишқор ҳолатида, ишқорий ва пироузум кислоталари миқдори, электролитлар балансида ўзгаришлар бор. Қилиниши керак:

- 1) тахминий ташхис қўйиш;
- 2) Сиз қўйган ташхисни тасдиқлаш учун қўшимча қандай текширув ўтказилиши керак?

5 -вазифа.

Кўп тармокли клиник шифохона қабул бўлими юз-жағ жарроҳига 40 ёшли бемор ютиниш, сўзлашувдаги ва ютинишдаги оғриққа шикоят билан мурожат қилди. Талаффузи ноаниқ, овози хириллаган.

Касаллик анамнезидан 3 кун аввал амбулаторияда 4.7 тиши олинган, олингунга қадар бу тиш икки кун давомида безовта қилган. Тиш олингандан кейин бемор умумий ахволда энгилик сезмаган.

Оғриқ давом этишига қарамасдан, тез ёрдамга мурожат қилмаган, ўзича даволанган. Умумий ахvoli кескин ёмонлашгач тез тиббий ёрдам машинасини чақирган ва клиникага госпитализация қилинган.

Объектив кўрувда даҳаности ва жағ ости соҳаларида юмшоқ тўқималар яққол шиши ва инфильтрацияси аниқланади. Шу

соҳаларда тери гиперемияланган, шишган, таранглашган, бурмага йирилмайди. Шиш бўйинга таралган, ўмов ва бўйинтирик чуқуригача тарқалган. Пальпацияда қаттиқ, кескин оғрикли инфильтрат аниқланади. Бемор оғзи яримчичик, оғиздан ноҳуш хид келади. Тили қуруқ, ифлос-сарғимтир қоплам билан қопланган, уни ҳаракати чегараланган. Оғиз туби шиллиқ қавати гиперемияланган, шишган.

Бемор юз ва кўкрак қафаси тери қоплами цианотик-мармор рангли. Беморда кескин ҳансираш аниқланади. Нафас олиш 1 минутда 48 мартагача боради. Нафас олиш юза, нафас олиш қисқарган, нафас чиқариш 2 мартабага узайган. Пульс 1 минутда 142 марта уряпти. Пациент тана ҳарорати 39°C. Бемор бошини олд томонга энгаштириб ўтирганида енгиллик сезишини айтмоқда. Қон таҳлилида лейкоцитар формула чап силжиганлиги, ЭЧТ тезлашганлиги, анизоцитоз ва пойкилоцитоз, периферик қонда семиз ва плазматик ҳужайралар, С-реактив оксил аниқланади (+++). Пациентда кислота-ишқор ҳолатини ишқорий ва пирозум кислоталари миқдори, электролитлар балансида ўзгаришлар борлиги аниқланди. Орқа медиастинит симптомлари мусбат. Коагулограмма таҳлиллари натижалари қуйидагиларни кўрсатди: толерантность плазми гепаринга толерантлигини, тромботест даражаси ва В фибриногенга реакциясини ўзгарганлигини. Компьютер томографиясида орқа кўкс оралигида букилган бўртик сояси аниқланади. Ташхис қўйиш керак.

Вазиятли вазифалар жавоби

1- вазифага жавоб

1. чап бурчак венаси тромбофлебити билан асоратланган чап лунж соҳаси фурункули.

2. пациент кўрсатилган ташхис билан стационарда даволаниши керак (юз-жағ жарроҳлиги бўлимида). Пациентни интензив терапия ёки реанимация бўлимига ётқизиш керак.

3. ушбу категориядаги беморни текширув ва комплекс патогенетик даво режаси қуйидагиларни ўз ичига олиши керак:

- пациент тезкор госпитализация қилиниши керак. Мия ичиасоратларини олдини олиш учун юз-жағ соҳаси ва бош мия компьютер томографияси қилиниши керак;

- юмшоқ тўқималарни декомпрессиясини таъминлаш ва инфекция генерелазациясини олдини олиш учун йиринг ўчоги бирламчи жарроҳлик ишловини тезкор равишда ўтказиш керак;

- йирингли ўчоққа бирламчи жарроҳлик ишлови жараёнини бажаришда патоген микрофлорани антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш учун суртма олиниши керак;

- пациентга қуйидаги таҳлилларни тезкор ўтказиш керак: 1) кенгайтирилган коагулограмма; 2) бактериемияни аниқлаш учун қон таҳлили;

- v. subclōviani катетеризация қилиш ;

- дезинтоксикацион терапия тайинлаш (гемодез, реополиглюкин, реоглюман и т. д.);

- вена ичига қуйилиши керак: 1) кислота-ишқор балансини тиклаш учун томчилаб бикарбонат нарти физиологик эритмаси; 2) кенг спектрли антибиотиклар; 3) томир ичида қон ивиб қолишини олдини олиш учун - гепарин (қон ивиш тизими назорати остида) ҳар 4-6 соатда 5000 бирлик;

- носпецифик десенсибилизация терапия тайинлаш керак.

2- Вазифа жавоби.

Комплекс даवони қуйидаги алгоритм бўйича коррекцияланади

- дезинтоксикация мақсадида вена ичига пастмолекуляр эритмалар (гемодез) тайинланади;

- кислота-ишқор тенглигини тиклаш учун вена ичига 4%ли бикарбонат натрий эритмаси юборилади;

- кўрув пайтидаги клиник ҳолатни ҳисобга олиб, томиричи кон ивишини олдини олиш мақсадида гепарин 5000 бирлик ҳар 4-6 соатда(кон ивиш тизими назорати остида) тайинлаш керак, юмшоқ гипокоагуляцияга эришилгандан кейин препаратни мушак орасига ўша интервалда юборилади.

3- вазифага жавоб.

1. Диагноз: чап бурчак венаси тромбофлебити билан асоратланган чап лунж соҳасифурункули

2. Ушбу диагноз билан пациент стационар шаронтида (аввал интенсив терапия ва реанимация бўлимида, аҳоли стабилизациялашгандан кейин юз-жағ жарроҳлиги ёки умумий жарроҳлик бўлимига ўтказилиши мумкин).

3. патогенетик давони ташкил этувчиларга киради :

4. пациент тезкор госпитализация қилиниши керак;

- миянчи асоратлари борлигини тасдиқлаш мақсадида юз-жағ соҳаси ва бош мия компьютер томографияси қилиниши керак;

- v. Subclaviани катетеризациялаш;

- дезинтоксикацион терапия тайинлаш (гемодез, реополиг-люкин, реоглюман и т. д.);

- Вена ичига томчилаб юбориш:

- 1) кислота-ишкор тенглигини тиклаш учун вена ичига 4%ли бикарбонат натрий эритмаси юборилади;

- ; 2)кенг спектрли антибиотиклар «захира гуруҳидан»;

- 3) томиричи кон ивишини олдини олиш мақсадида гепарин 5000 бирлик ҳар 4-6 соатда(кон ивиш тизими назорати остида) тайинлаш керак, юмшоқ гипокоагуляцияга эришилгандан кейин препаратни мушак орасига ўша интервалда юборилади

- юмшоқ тўқималарни декомпрессиясини таъминлаш ва инфекция генерелазациясини олдини олиш учун йиринг ўчоги бирламчи жарроҳлик ишловини тезкор равишда ўтказиш керак;

- йирингли ўчоқка бирламчи жарроҳлик ишлови жараёнини бажаришда патоген микрофлорани антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш учун суртма олиниши керак;

- Беморга тезкор куйидаги таҳлиллар тайинланиши керак:

- 1) кенгайтирилган коагулограмма;

- 2) бактериемияни аниқлаш учун кон таҳлили;

- носпецифик десенсибиловчи терапия тайинлаш керак

4- вазифага жавоблар.

1. Баён этилган клиник ҳолат бўйича беморда йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асорати – медиастинит бўлиши мумкин «медиастинит» диагнозини тасдиқлаш, жараённи локализациясини аниқлаш ва йирингли экссудат тарқалиш йўлларини аниқлаш учун қуйидагиларни бажариш керак:

медиастинал симптомларни текшириш;

• Нур текширув усуллари (компьютер томографиясиёки кўкс оралиғи аъзоларини олдингирқа, ён ва қийшиқ проекциядаги рентгенографиялари);

• Кенгайтирилган коагулограмма.

5- вазифага жавоб.

4.7тишдан ўткир одонтоген остеомиелит, оғиз туби ва тил илдизи флегмонаси, ўткир орқа одонтоген медиастинит билан асоратланган.

Яқуний билим даражасини аниқлаш учун тест саволлари

1. Ўткиродонтоген яллиғланиш касалликлари жараёнлари ягона умумий таснифи қуйидаги гуруҳ касалликларни назарда тутуди:

1)асосан жағ суяк структурасини зарарланиши билан;

2)асосан оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини зарарланиши билан ;

3)асосан жағ атрофи юмшоқ тўқималарини зарарланиши билан

4)асосан регионар лимфатик аппаратни зарарланиши билан

5)узокда жойлашган аъзолар, анатомик тузилмалар зарарланиши, инфекция генерализацияси билан одонтоген яллиғланиш касалликлари асоратлари.

2. Юз веналари тромбофлебитда томирлар девори зарарланиши қуйидаги ҳолатларда кузатилиш мумкин:

1) пациент организми реактивлиги пасайиши;

2)қон оқишини секинлашуви;

3)қон томири деворини зарарланиши;

4)яллиғланиш жараёни тўқимадан вена қон томири ташқи деворига ўтганида қон таркиби ва уни ивиш вақти ўзгаради;

5)барча жавоблар тўғри.

3. Юз веналари тромбофлебити патогенезида қуйидаги омиллар аҳамиятга эга:

1)микроб аллергияси ва юз-жағ соҳаси йирингли-некротик инфекциясида тўқималарни парчаланиши натижасида пайдо бўладиган аутоаллергия :

2)Вена қон томири зарарланган қисмида тромбозга ўтиши мумкин бўлган томир ичи ивишига мойилликка олиб келувчи сенсибиллашган организмдаги эндотелийни яллиғланиши ва жароҳатлари

3)назоратсиз ва узок вақт антибактериал препаратларни қабул қилиши;

4) бемор организми носпецифик реактивлигини пасайтирувчи ва аллергик реактивлигини кўтарувчи стафилококк агрессив экзотоксини;

5)қалин лимфатик тўрлар ва кўп сонли анастомозлари билан веноз қон томирларини борлиги;

6)юз ва бурун бўшлиғи веналарини кўз, қанотганглай чуқури, галвирсимон синус билан алоқадалиги;

7)томиричи қон ивишини яққол бузилишлари.

4. Юз веналари тромбофлебитада веналари гемостазда қуйидаги характерли ўзгаришлар кузатилади:

1)вена қони ивиш вақтини қисқариши (4 минут 55 секунддан 11 минут 55 секундгача (Ли ва Уайта усули бўйича аниқланганида));

2)қонда фибриноген миқдорини ошиши (5-7 дан 10-12 мг/мл гача (Мачабели усули бўйича аниқланганида);

3) – қон тромбиник«индикатори»фибриногена Б тромбин фракциясини пайдо бўлиши

(Лайонис усули бўйича аниқланганида);

4) 13- факторни фаоллигини ошиши 43-73 дан 80-90 секундгача (Балуда усули бўйича аниқланганида);

5) фибринолиз пасайиши;

6)қон зардобада аччик фосфотаза фаоллигини ошиши;

7)протромбин индекси турлича ўзгариши ёки меъёрида бўлиши мумкин.

5. Юз веналари тромбофлебита ривожланиши учун пиодермияни юз-жағ соҳасида хавфли локализация соҳалари ҳисобланади:

- 1) юқори лаб;
- 2) пешона;
- 3) бурун тўсиғи ва қаноти;
- 4) қоғоқлар;
- 5) лунж соҳалари;
- 6) пастки лаб;
- 7) даҳан .

6. Юз веналари тромбофлебити клиник кўриниши:

- 1) бурчак ва юз веналари бўйлаб яққол шиш ва тўқималар инфилтратцияси, арқон кўринишидаги оғриқли инфилтратлар;
- 2) инфилтратция бор қисмида кучли оғриқ ва терида кўкимтир рангли ўзгаришлар
- 3) шиш инфилтрат чегарасидан ташқарига тарқалади;
- 4) кўз олмаси ҳаракатлари сақланган;
- 5) пациент организмда кучли интоксикация;
- 6) барча жавоблар тўғри.

7. Юз веналари тромбофлебити бор пациентни даволаш куйидагилар билан курашишга қаратилган бўлиши керак:

- 1) инфекцияга қарши;
- 2) интоксикацига қарши;
- 3) анафилактик реакцияларга қарши;
- 4) яллиғланиш чегараларини тарқалишига қарши;
- 5) гемостаз бузилишларига қарши.

8. Каверноз синус тромбозига қандай клиник белгилар характерли

- 1) кўз қон айланиши вақалла-мия асаб томирлари (кўзни ҳаракатлантирувчи, галтаксимон, йўналтирувчи, уч шохли) функциясини бузилиши ;
- 2) шиш инфилтрат чегарасидан ташқарига тарқалади;
- 3) пациентда септико-пиемик ҳолат
- 4) бурчак ва юз веналари бўйлаб яққол шиш ва тўқималар инфилтратцияси, арқон кўринишидаги оғриқли инфилтратлар;
- 5) кўз олмаси қон айланишини бузилиши.

9. Олдинги кўкс оралиғига йирингли экссудат тарқалиш йўлини кўрсатинг:

1)бўйин қон ва асаб томири тутами бўйлаб ютқин ёни орқа қисмидан;

2)қизилўнғач орқаси ва умурткаолди тўқима бўшлиқлари орқали;

3)оғиз туби ва тил илдизи флегмонасида мушак ва тўқима некрози натижасида йирингли экссудат тил ости суяги соҳасидаги табиий барьерни бартараф этиб, бўйин , эндоцервикал фасцияси париетал ва висцерал варақлари орасидаги бўшлиққа тушади ёки трахея бўйлаб.

10. Орқа кўкс орқалигига йирингли экссудат тарқалниш йўлини кўрсатинг:

1)бўйин қон ва асаб томири тутами бўйлаб ютқин ёни орқа қисмидан

2)оғиз туби ва тил илдизи флегмонасида мушак ва тўқима некрози натижасида йирингли экссудат тил ости суяги соҳасидаги табиий барьерни бартараф этиб, бўйин , эндоцервикал фасцияси париетал ва висцерал варақлари орасидаги бўшлиққа тушади ёки трахея бўйлаб.

3)қизилўнғач орқаси ва умурткаолди тўқима бўшлиқлари орқали;

11. Кўкс орқалигини 4 бўлимга бўлиш керак:

1)юкори;

2)ўрта;

3)ўнг;

4)олдинги;

5)чап

6)орқа.

12. Олдинги медиастенитга қуйидаги медиастинал симптомлар характерли:

1)бошни олдига эгганда ёки тўш суягига уриб кўрилганида кўкрак орқа томонида оғриқларни пайдо бўлиши

2)бўйин қон-асаб томири тутами юқорига силжиганда оғриқлар пайдо бўлиши;

3)нафас олганда бўйинтирик чуқури соҳасида тортилиш кузатилади;

4) ютқин, ҳалқум, оғиз туби соҳаларидаги шиш, сайёр асаб томирини таъсирланиши ҳисобига гиперсекреция ва бронхлар дренажланишини бузилиши ҳисобига доимий йўтал-;

5) қовурғалараро соҳага иррадиацияланувчи ва кўкрак умуртқалари суяксимон ўсиқларига босиб кўрилганида кучаядиган пульсациялану вчи оғриқлар. Овқатни ютинишга қилинган ҳаракатда ва чуқур нафас олинганида ҳам оғриқ зўраяди;

6) бемор горизонтал ҳолатида, оёқларини узайтирилган бўлганида унинг товониға урилганда кўкс оралиғида оғриқ кучаяди;

7) Трахея пассив силжишларида тўш суяғи орқасида оғриқлар, нафас етишмовчилиғи ва дисфагия кучаяди;

8) бемор горизонтал ҳолатида, оёқларини узайтирилган бўлганида унинг товониға урилганда кўкс оралиғида оғриқ кучаяди;

13. Орқа медиастинитга қуйидаги медиастиналь симптомлар характерли:

1) қовурғалараро соҳага иррадиацияланувчи ва кўкрак умуртқалари суяксимон ўсиқларига босиб кўрилганида кучаядиган пульсациялану вчи оғриқлар. Овқатни ютинишга қилинган ҳаракатда ва чуқур нафас олинганида ҳам оғриқ зўраяди;

2) бемор горизонтал ҳолатида, оёқларини узайтирилган бўлганида унинг товониға урилганда кўкс оралиғида оғриқ кучаяди;

3) рефлектор характерга эга орқанинг узун мушаклари тортишиб қолади, кўкрак умуртқаси соҳасидаги тери буришиб қолади;

4) нафас олинганида бўйинтириқ чуқури соҳаси тортишиб қолиши кузатилади;

5) қовурғалараро веналар кенгайиши кузатилади, плевра ва перикардда суюқлик тўпланади (тоқ ва яримтоқ веналар симптоми).

14. одонтоген медиастинити бор ёки унга тахмин қилинаётган беморни текширув ўз ичига олиши керак:

1) физикал текширув (перкутор - тўш суяғи ёки кўкрак умуртқалари пастки соҳаларида бўғиқлик чегаралари кенгайганлиғи аниқланади;

2) нур билан текширув усуллари (кўкс оралиғи аъзолари рентгенографияси олдиндан орқага, ён ва қийшиқ проекцияларда; КТ ёки ЯМРТ ўтказилади;

3) қонни текшириш (қон умумий таҳлили, қон биохимёвий таҳлили; кенгайтирилган коагулограмма);

4)микробиологик текширув
сийдик умумий таҳлили.

15.превентив трахеостомияга пациент хушидалигида маҳаллий анестезия кўрсатмалар:

1)хикилдок орқали нафас йўлларига кириш қийин бўлганида ёки кириш мумкин бўлмаганидани малакаси йўқлиги ва трахея интубациясини бажара олиш икониёти бўлмаганида;

2)анестезиологда трахеястома ўтказиш малакаси ва икониётлари йўқлигида;

3)Бўйин ва кўкс оралиғига тарқалган юз-жағ соҳаси флегмоналарида трахеястома нафас олиш тизими аъзолари томонидан операциядан кейинги даврда оғир асоратлар ривожланиш эҳтимолини оширади, бу эса ўлим сонини ошишига, операциядан кейинги интенсив терапия бўлимида бўлиш даврини узайтиши ва операциядан кейинги реабилитацияни узайтиш билан боғланган;

4)Барча жавоблар тўғри

16.Ҳозирги вақтда кўкс оралиғидаги йирингли ўчоқни очиш учун қуйидаги кесувлар кенг қўлланилади:

1) Кўкрақусти қўндаланг кесуви;

2) В.И. Разумовский бўйича юкориғи-олдинги ва ён медиастинотомия;

3) И.И. Насилов бўйича плеврадан ташки орқа медиастенотомия;

4)Пастки жағ даҳан соҳасидан тил ости суягига йўналган кесув бўйича;

5) Савиных- Розанов бўйича пастки трансабдоминаль медиастинотомия;

6) Маделунг бўйича парастернал соҳадан кесув;

7)Плевра орқали кесув.

17.Юз--жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёлари оғир асоратларини комплекс даволаш қуйидагилардан иборат бўлиши керак:

1)хирургик даво;

2)антибактериал терапия;

3)гемодинамик қўллаб-қувватлаш

4)респиратор терапия;

- 5) гликемия назорати;
- 6) кортикостероидларни қўллаш;
- 7) фаол протеин қўллаш С (фаоллашган дротрекогин-альфа. Зигрис);
- 8) ўрнини босувчи терапия;
- 9) иммунокоррекцияловчи терапия;
- 10) тромбоземблик асоратларни профилактикаси ва даволаш
- 11) профилактики стресс-повреждений ошқозон-ичак тракти жароҳатларини стресс профилактикаси;
- 12) детоксикацияни экстракорпораль усуллари;
- 13) нутритив қўллаб-қувватлаш.

18. Микробиологик диагностика учитывая:

- 1) йирингли-яллиғланиш ўчоғинитекшириш;
- 2) оғиз бўшлиғи суюқлигини текшириш;
- 3) периферик қонни текширув;
- 4) пешобни текширув

19. Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёлари оғир асоратларини антибактериал терапиясининг етарлилик мезонлари куйидагича бўлиши керак:

- 1) инфекция асосий симптомлари ижобий динамикаси;
- 2) тизимли яллиғланиш реакцияси белгиларини йўқлигит
- 3) тана ҳароратини меъёрлашуви
- 4) ошқозон-ичак функциясини нормаллашуви;
- 5) қонда лейкоцитлар микдори ва лейкоцитар формулани нормаллашуви;
- 6) салбий гемокультура.

20. Юз--жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёлари оғир асоратлари бор беморлар инфузион терапиясини асосий вазифаси деб ҳисоблаш керак :

- 1) тўқима перфузияси адекватлигини тиклаш;
- 2) хужайравий метаболизмни меъёрлаштириш;
- 3) гомеостаз бузилишларини коррекциялаш;
- 4) нафас олишни нормаллаштириш;
- 5) сепсис поғоналари(каскад) медиаторлари ва захарли метаболитлар концентрациясини пасайтириш.

21. Ўткир тарқалган дистресс-синдромга қуйидаги клиник белгилар характерли :

- 1) ўткир бошланганши;
- 2) прогрессирладиган артериал гипоксемия;
- 3) кўкрак кафаси аъзоларини рентген тасвирида икки томонлама инфилтрацияси;
- 4) юрак чап қоринчаси ўткир етишмовчилиги - (ўпкани кардиоген шиши) бўлмаганида ҳам ўпка тўқимаси чидамлилигини прогрессирив пасайиши (ўпка капиллярларида босим < 18 мм. симоб уст. нини кўрсатади);
- 5) барча жавоблар тўғри.

22. Юз--жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёлари оғир асоратларида респиратор қўллаб-қуватлаш вазифаларига кирадит:

- 1) газалмашишини таъминлаб бериш;
- 2) организм гомеостазини тиклаш;
- 3) нафас олишни олишни камайтириш ванафас олиш мушакларини кислородни истъёмол қилишини камайтириш;
- 4) Ўпка ва тизимляяллиғланиш реакциясини прогрессивлашига қаршилик кўрсатувчи ўпкани вентилятор-индуцирланган жароҳатланишини олдини олиш керак (баротравмалар, валюмотравмалар, ателиктат травмалар).

23. Ҳозирги босқичда Ўпкани Сунъий Вентиляциясида ўпкани жароҳатловчи омиллар бўлиб ҳисобланади:

- 1) плато босими 35 см. Сув босим дан баланд;
- 2) нафас ҳажми 10 мл/ кгдан; юкори
- 3) кислородни инспиратор фракцияси 0,6; дан кўп
- 4) $PaO_2 - 60$ мм. Симоб устандан кўп.. SAO_2 93%дан; кўп
- 5) Нафас олиш-нафас чиқариш инвертирлаган нисбати;
- 6) ноадекват ПДКВ.

24. Юз--жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёлари оғир асоратларида респиратор қувватлашни бошлаш учун мутлок мезонлар ҳисобланади :

- 1) мустақил нафас олишни йўқлиги ва нафас олишни патологик ритмлари;
- 2) юкори нафас олиш йўллари ўтказувчанлигини бузилиши;
- 3) респиратор индексини 200 мм. симобуст. дан пасайиши;

4) септик карахтлиқ;

5) гемодинамикани бузилиши (хаёт учун хавфли ритм бузилишлари, тургун тахикардия, юрак мушаклари қисқариши 120 марта минутига, гипотензия);

6) респиратор индекс 300 мм. симоб.у ст.дан кам, бошқа мезонлар билан биргалиқда.

25. Юз-жағ соҳаси йирингли-яллигланиш жараёлари огир асоратларида респиратор қўллаб-қувватлашни нисбий мезонларига киритиш керак

1) респиратор индекс 300 мм. симоб.у ст.дан кам, бошқа мезонлар билан биргалиқда.

2) фикрлашни пасайиши ваташқи нафас олишни бузилиши билан септик энцефалопатияни ва бош мия шишини ривожланиши;

3) мустақил нафас олишни йўқлиги ва нафас олишни патологик ритмлари;

4) гиперкапния ёки гипокапния ($PaCO_2$ 25 мм. симоб. уст.дан кам);

5) тахипноэ минутига 40 марта (ёки 24 ўпка сурункали обструктив касаллиги хуружида ва вентиляция минутли ҳажмини прогрессив қўпайиши;

6) ўпка ҳаётий сизимини 10 мл/мг тана вазни кам бўлиши

7) чидамлилиқ 60 мл/см. сув. уст.дан кам;

8) ўпка нафас йўллари қаршилигини 15 см. сув. уст./л./секдан кўп.;

9) пациентни ҳолсизланиши, ёрдамчи нафас мушакларини жалб қилиниши.

26. Фаол протеин С антикоагулянтли, профибринолитик ва яллигланишга қарши таъсирлари куйидаги омилларга боғлиқ:

1) тромб ҳосил бўлиши функциясини пасайишига олиб келувчи Va ва Villa факторлар деградацияси;

2) PAI-1 пасайиши ҳисобига (плазминоген активатори ингибитори) фибринолиз активацияси ҳисобига;

3) эндотелиал хужайралар ва нейтрофилларга тўғри яллигланишга қарши самара билан;

4) лейкоцитлардан TNF- α ажралишини блоклаш билан ;

5) эндотелийни апоптоздан ҳимоялаш билан.

27. Нутриитли қўллаб-қувватлашни амалга оширишда куйидаги тавсия ва кўрсатмаларга амал қилиш керак

- 1) Энергетик қимматлilлиги – 25-35 ккал/кг/24 ч – ўткир фаза;
- 2) 35-50 ккал/кг/24 ч – гиперметаболизм стабил фазаси;
- 3) глюкоза – 6 г/кг/24 соатдан кам.
- 4) липидлар – 0.5-1 г/кг/24 соат;
- 5) оксиллар – 1,2-2,0 г/кг/24 соат (0,20-0,35 г азот/кг/24 соат), азотли балансга пухта назорат;
- 6) витаминлар - стандарт суткалик набор + вит. К (10 мг/24 соат) + вит. В1 ва В6 (100 мг/24 соат) + вит. А, С, Е;
- 7) Харрис-Бередиқт тенгламаси бўйича ҳисобланадиган асосий модда алмашинуви кўрсаткичлари;
- 8) микроэлементлар – стандарт суткалик набор + Zn (15-20 мг/24 соат +10 мг/л суюқ ич кетиш бўлганида);
- 9) электролитлар – Na⁺, K⁺, Ca²⁺ баланс ҳисобларига ва в плазмадаги концентрацимос равишда + P₂ (> 16 ммоль/ 24 соат) + Mg₂ (>200 мг/24 соат).

Тест саволларига тўғри жавоблар

Савол номери	Жавобб
1	1, 3, 4, 5
2	5
3	1, 2, 4, 5, 6, 7
4	1, 2, 3, 4, 5, 7
5	1, 3, 4, 6, 7
6	6
7	1, 2, 4, 5
8	1, 3, 5
9	1, 3
10	3
11	1, 2, 4, 6
12	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8
13	1, 3, 5
14	1, 2, 3, 5
15	4
16	1, 2, 3, 5, 6, 7
17	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13
18	1, 3
19	1, 2, 4, 5, 6
20	1, 2, 3, 5
21	5
22	1, 3, 4
23	1, 2, 3, 5, 6
24	1, 2, 3, 4, 5
25	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9
26	1, 2, 3, 5
27	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9

АДАБИЁТЛАР

1. Абдуллаев Ш.Ю., Аржанцев А.П. /Челюстно-лицевая травматология. – учебное пособие. – Ташкент 2019.
2. Абдуллаев Ш.Ю., Юсупова Д.З. / Профилактика и лечение послеоперационных рубцов лица. – монография. – Ташкент 2022.
3. Анестезиология и интенсивная терапия / Б.Р. Гельфанд [и др.]. - М.: Литетра, 2005. - 554 с.
4. Бармина, Т.Г. Компьютерно-томографическая диагностика при лечении острого медиастинита / Т.Г. Бармина, Ф.А. Шарифуллин, М.М. Абакумов // Медицинская визуализация: ежеквартальный журнал. - 2005. - № 3. - С. 42-50.
5. Бернадский, Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский. М.: Мед. лит., 2000. - 416 с.
6. Богданов, А.Б. Интубация трахеи / А.Б. Богданов. Изд-во: Диалект, МЕДпресс, 2004. - 183 с.
7. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. Ру-ководство для врачей / Под ред. А.Г. Шаргородского. – М.: Медицина, 1985. - 352 с.
8. Гнойно-септическая инфекция в челюстно-лицевой хирургии: диагностика, лечение, предупреждение осложнений / Ю.М. Харитонов [и др.] // Современные методы профилактики, диагностики и лечения важнейших заболеваний: материалы программно-целевых исследований. – Воронеж, 1998. – С. 102–103.
9. Гостищев, В.П. Оперативная гнойная хирургия / В.П. Гостищев. М.: Медицина, 1996. – 416 с.
10. Груздев, Н.А. Острая одонтогенная инфекция / Н.А. Груздев. – М.: Медицина, 1978. – 188 с.
11. Губин, М.А. Диагностика и лечение одонтогенного медиастинита / М.А. Губин, Е.И. Гирко, Ю.М. Харитонов // Вестник хирургии. - 1996. - № 3. - С. 12-15.
12. Егорова, О.А. Клиника, диагностика и лечение при одонтогенных медиастинитах / О.А. Егорова // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2000. – Т. 159, № 6. – С. 81-85.
13. Забелин, А.С. Одонтогенный медиастинит (патогенез, клиника, диагностика, лечение) / А.С. Забелин. Смоленск: СГМА, 2008. – 96 с.

14. Захаров, Ю.С. Диагностика контактных медиастинитов при некротических флегмонах шеи / Ю.С. Захаров // Советская медицина. - 1991. - № 3. - С. 69-71.
15. Золотко, Ю.Л. Атлас топографической анатомии человека / Ю.Л. Золотко. М: Медицина. - 1964. - 215 с.
16. Иванов, А.Я. Абсцессы и флегмоны средостения / А.Я. Иванов. Л.: Медгиз, 1959. - 146 с.
17. Итоги обсуждения классификации острых одонтогенных воспалительных заболеваний / Н.Н. Бажанов [и др.] // Стоматологи. - 1990. - № 3. - С. 87-89.
18. Кабанова, С.А. Эмпирическая антибиотикотерапия разлитых флегмон челюстно-лицевой области // Материалы 9-ой международ. науч.- практ. конф. по стоматологии в рамках 6-ой международ. специализир. выставки «Стоматология Беларуси 2010» (Минск, 28-30 октября 2010 г.); под ред. проф. И.О. Походенько-Чудаковой, Т.Н. Тереховой, И.Е. Шотт. - Минск: ЗАО «Техника и коммуникации», 2010. - С. 236-238.
19. Квашук, В.В. Атлас клинической анатомии головы и шеи: учебное пособие / В.В. Квашук. Ростов на Дону: «Феникс». - 2002. - 72 с.
20. Козлов, В.А. Неотложная стационарная стоматологическая помощь / В.А. Козлов. Л.: Медицина, 1988. - 288 с.
21. Козлов, В.А. Неотложная помощь в стоматологической практике / В.А. Козлов. СПб.: Медицина, 1998. - 208 с. Козлов, В.А. Одонтогенный медиастинит / В.А. Козлов // Стоматология. - 2006. - Т. 85. - № 3. - С. 30-34.
22. Козлов, В.А. Одонтогенный медиастинит: патогенез, клиника, диагностика, исходы / В.А. Козлов, О.А. Егорова // Медицинский академический журнал. - 2004. - Т. 4. - № 4. - С. 73-78.
23. Корячкин, В.А. Интубация трахеи / В.А. Корячкин. - СПб.: Мед. изд-во, 2004. - 183 с.
24. Кубаев, Р.Э. Клинико-гениалогический анализ родословных детей, больных гнойно-воспалительными заболеваниями челюсти / Р.Э. Кубаев, Н.М. Шавази // Мед. науч. и учеб.-метод. журн. - 2001. - № 3. - С. 152-158.
25. Матрос-Таранец, И.Н. Анализ летальности больных острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области / И.Н. Матрос-Таранец, О.Л. Слободяник, И.А. Шубмессер

//Архив клинической и экспериментальной медицины. - 2003. - Т. 12. - № 1.- С. 24–27.

26. Михнеев, А.В. Медиастиниты: учебно-методическое пособие / Михнеев А.В., Полховская Т.В. Тюмень: ТГМА, 1999. – 30 с.

27. Общее обезболивание в челюстно-лицевой хирургии: учеб. метод. пособие / О.П. Чудаков [и др.]. Минск: БГМУ, 2008. - 59 с.

28. Особенности клиники и лечения одонтогенных гнойных медиастинитов / В.И. Карандашов [и др.] //Стоматология. - 1986. - № 1. - С. 45-48.

29. Петровский, Б.В. Хирургия средостения / Б.В. Петровский. М.: Медгиз, 1960. – 125 с.

30. Походенько-Чудакова, И.О. Оптимизация подходов к интубации пациентов с разлитыми гнойно-воспалительными процессами в челюстно-лицевой области / И.О. Походенько-Чудакова, Г.В. Янкович, Е.В. Рудая //Сб. статей «Медицина критических состояний. Перспективы, проблемы, решения». Екатеринбург: МЗ Свердловской обл., НПРЦ «Бонум». - 2006. - С. 111–115.

31. Редкий случай тромбоза кавернозного синуса одонтогенной природы с котралтеральным эндофтальмитом и абсцессом лобной доли / С.Ю. Голубев [и др.] // Русский медицинский журнал. – 2009. –Т.17. - № 10. – С. 183.

32. Руководство по анестезиологии / А.А. Бунятян [и др.]. - М.: «Медицина», 1997. - 656 с.

33. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. Патолого-анатомическая диагностика: Практическое руководство / В.Б. Белобородов [и др.]: под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. - М.: Литера, 2006. -176 с.

34. Сепсис: клинико-патофизиологические аспекты интенсивной терапии. Руководство для врачей / В.В. Мороз [и др.]. // Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 291 с.

35. Современные методы диагностики и лечения одонтогенных медиастинитов / Н.В. Малыченко [и др.] // Российская оториноларингология. - 2004. - № 5. - С. 15-18.

36. Соловьев, М.М. Абсцессы и флегмоны головы и шеи / М.М. Соловьев, О.П. Большаков СПб., 1997. – 252 с.

37. Стручков, В.И. Хирургическая инфекция: руководство для врачей / В.И. Стручков, В.К. Гостищев, Ю.В. Стручков. – М.: Медицина, 1991. – 560 с.

38. Супиев, Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / Т.К. Супиев. М.: Изд-во «МЕДпресс», 2001. - 160 с.
39. Тимофеев, А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. - Киев: Червона Рута- Туре, 2002. - 1024 с.
40. Хирургические инфекции: руководство / под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, Л.А. Шляпникова. - СПб: Питер, 2003. - 864 с.
41. Центило, В.Г. Данные послойной препаровки фасций переднего треугольника шеи и их значение для выполнения шейной лимфаденэктомии / В.Г. Центило // Вестник стоматологии. - Одесса, 1997. - № 4. - С. 596-599.
42. Andrä, A. Odontogene pyogene Infektionen / A. Andrä, G. Naumann. - Unter Mitarb. Von Gottfried Benad. - Aufl. Leipzig / Heidelberg. - 1991. - 252 s.
43. Antimicrobial susceptibility of major pathogens of orofacial odontogenic infections to 11 beta-lactam antibiotics / T. Kuriyama [et al.] // Oral Microbiol. Immunol. - 2002. - Vol. 17, № 5. - P. 285-289.
44. Murray, J.F. Respiratory Medicine / J.F. Murray, J.A. Nadel. - Philadelphia: SaundersCo. - 1994. - 204 p.
45. Savva, D. Prediction of difficult trachea intubation / D. Savva // Brit. J. Anaesth. 1994. - Vol. 73. - P. 149-153.
46. Wolfe, R.R. Substrate utilization/ insulin resistance in sepsis/ trauma / R.R. Wolfe // Baillieres. Clin. Endocrinol. Metab. - 1997. - Vol. 11. - P. 645- 657.
47. Особенности общего обезболивания при вскрытии флегмон шеи и дна полости рта / А.Н. Егоров [и др.] // <http://anest.dsmu.edu.ua/journal/number1/egorov3.htm>

МУНДАРИЖА

Кириш	3
Юз веналари тромбофлебити	4
Юз веналари тромбофлебити патогенези	5
Юз веналари тромбофлебити клиник кўриниши ва диагностикаси	7
Юз веналари тромбофлебитини комплекс даволашни патогенитик тамойиллари	9
Каверноз (ғоваксимон) синус тромбози	10
Каверноз (ғоваксимон) синус тромбози клиник кўриниши ва диагностикаси	10
Каверноз (ғоваксимон) синус тромбозини комплекс Патогенетик даволашни тамойиллари	13
Одонтоген медиастенит	13
Одонтоген медиастенитда йирингли-яллиғланиш жараёнини тарқалишини анатоми-топографик хусусиятлари	13
Кўкс оралигини анатоми-топографик характеристикаси	14
Медиастенитлар таснифи	19
Одонтоген медиастенит клиник кўриниши ва диагностикаси	21
Одонтоген медиастенит дифференциал диагностикаси	26
Одонтоген медиастенитни комплекс патогенетик даволаш	30
Юз-жағ соҳаси тарқалган флегмоналари ва одонтоген медиастенити бор беморларни йирингли ўчоқни бирламчи жарроҳлик ишлови ўтказишга тайёрлаш	30
Юз-жағ соҳаси тарқалган флегмоналари ва одонтоген медиастенити бор беморларда йирингли ўчоқни бирламчи жарроҳлик ишлови ўтказишни асосий босқичлари	33
Жағ-юз ва бўйин соҳаларида, айниқса пастки жағ ости соҳаларида йирингли ўчоққа бирламчи жарроҳлик ишлови берилётганида амал клинини қатъий бўлган қонда: ташки кесув узунлиги (тери ва териости-ёғ қавати) чуқурликда жойлашган тўқималар кесуви узунлигига баробар бўлиши керак	35
Жағ-юз соҳаси оғир одонтоген йирингли-яллиғланиш жараёнлари асоратларини (юз веналари тромбофлебита, каверноз синус тромбози, одонтоген медиастенит) интенсив терапияси	43
Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор пациентларга антибактериаль терапия	44

Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор пациентлар этиотроп терапиясини режалаш	46
Антибактериал терапияни давомийлиги	53
Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор пациентларда гликемия назорати	53
Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларида иммунокоррегирловчи терапия	54
Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратларида тромбозмболик асоратларни профилактикаси ва даволаш	55
Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор беморларда экстракорпорал детоксикация усуллари	57
Юз-жағ соҳаси йирингли-яллиғланиш жараёнлари оғир асоратлари бор беморларни нутритив қўллаш	58
Мавзуни ўзлаштириш назорати саволлари	60
Вазиятли вазифалар жавоби	64
Якуний тест саволлари	66
Тест саволларига тўғри жавоблар	76
Адабиётлар	77

Ш.Ю. АБДУЛЛАЕВ, Д.З. ЮСУПОВА

**ЮЗ-ЖАҒ СОҲАСИ ОДОНТОГЕН
ЙИРИНГЛИ-ЯЛЛИҒЛАНИШ ЖАРАЁНЛАРИ
ОҒИР АСОРАТЛАРИ**

**Юз веналари тромбофлебити, каверноз синус
тромбози, одонтоген медиастинит**

Ўқув қўлланма

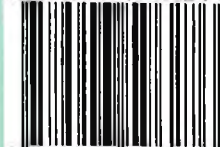
**Мухаррир: М.Талипова
Мусаххих И.Турсунова
Саҳифаловчи Г.Ибрагимова**

Босишга рухсат этилди 15.05.2023 й. Бичими 60x84 1/16
Офсет коғози. Офсет усулда. Times гарнитураси.
Шартли босма табағи 7.0. Нашр ҳисоб табағи 6.2.
Адади 100 нусхада. Буюртма №10-05.

«LESSON PRESS» МЧЖ нашриёти
100071, Тошкент шаҳри, Комолон, Эркин тор кўчаси, 13-уй

«IMPRESS MEDIA» МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди
100071, Тошкент шаҳри, Қушбеги кўчаси, 6-уй

ISBN 978-9943-5962-7-6



9 789943 596276