

**ABDULLAYEV S.A., XO'JABOYEV S.T.,  
DUSIYAROV M.M**



**XIRURGIK  
INFEKSIYA  
VA SEPSIS**

A 150

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI  
SAQLASH VAZIRLIGI**

**TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI  
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

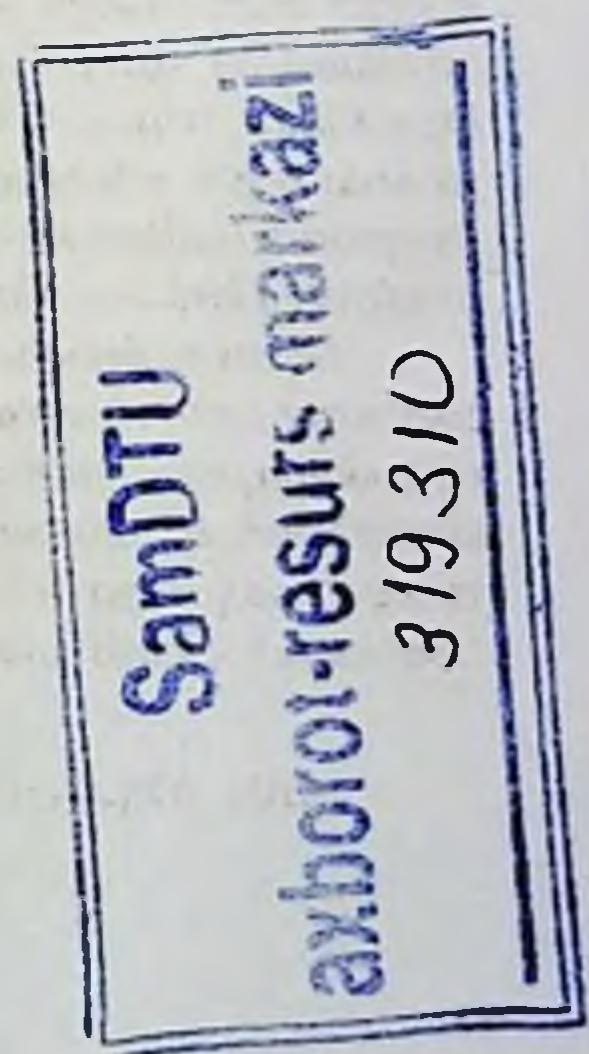
**Abdullayev S.A., Xo'jaboyev S.T., Dusiyarov M.M**



## **XIRURGIK INFEKSIYA VA SEPSIS**

*Tibbiyot universitetining yuqori kurs talabalari klinik ordinatorlar va magistratura rezidentlari uchun tayyorlangan*

*O'quv qo'llanma*



UO'K 616.94-022(075.8)

BBK

A 15

Abdullayev S.A., Xo'jaboyev S.T., Dusiyarov M.M.  
Xirurgik infeksiya va sepsis [Matn]: o'quv qo'llanma / S.A. Abdullayev,  
S.T. Xo'jaboyev, M.M. Dusiyarov .-Samarqand: Samarqand, 2023.-212 b.

### Mualliflar

- Abdullayev S.A** -SamDTU Tibbiy pedagogika fakulteti umumiy xirurgiya kafedrasining professori., t.f.d.
- Xo'jaboyev S.T** -SamDTU Tibbiy pedagogika fakulteti umumiy xirurgiya kafedrasining assistenti. t.f.d.,
- Dusiyarov M.M** -SamDTU Tibbiy pedagogika fakulteti umumiy xirurgiya kafedrasining assistenti., PhD

### Taqrizchilar

- B.B. Safaev** -Buxoro Davlat Tibbiyot Institutining xirurgia kafedراسi professori, t.f.d.
- S.A. Ruziboyev** -Samarqand Davlat Tibbiyot Universitetining 2- son xirurgik kasalliklari va urologiya kafedrasidotsenti, t.f.d.

*Xirurgik infeksiyalar - tibbiyotda alohida o'rin egallaydi. Infekzion kasalliklar muammosi xirurgiyaning hamma rivojlanish etaplarida eng dolzarb masalalardan bo'lib kelgan. Xirurgik infeksiyalarning etiotogenezi, diagnostikasi va ularni davolashda, har xil asoratlarni prognozlashda yangicha yondashuvlar paydo bo'ldi. Fikrimizcha xirurgik infeksiyalar muammosini hal qilishda umumbiologik yondashishning paydo bo'lishi XXI asrdagi mikrobiologik faktorlarni chuqurroq o'rganish zarurligini taqozo qildi. Olimlarning ta'kidlashicha oxirgi yillarda infeksiyon kasalliklarning rivojlanishida zamburug'lar, bir hujayralilar, viruslar va gelmintlarning ishtiroki oshmoqda. Shuning uchun ham oxirgi yillarda o'g'ir infeksiyalar va sepsisning patogenezi to'g'risida aniq fikrlar paydo bo'ldi. Diagnostik usullari takomillashtirilmoqda va davolashda yangicha immunoterapiya usullari amaliyotga kiritilmoqda.*

*Sepsis tushunchasi - odam organizmining har xil infeksiyalar (bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar) chaqiradigan itizimli yallig'lanishga javob reaksiyasi natijasida kelib chiqadigan patologik holatdir. Hozirgi zamonaviy sepsisning klinik interpretatsiya, patogenezi, klassifikatsiyasi, diagnostikasi butun dunyo mamlakatlarida qo'llaniladi va eng avvalo klinik yuzaga chiqishiga asoslanadi. Sepsisda uning epidemiologiyasini bilish ham muhim hisoblanadi, chunki uning davolash texnologiyasi ancha qimmatlidir.*

ISBN 978-9910-9472-1-6

©Abdullayev S.A., Xo'jaboyev S.T., Dusiyarov M.M. 2023 y  
© Samarqand 2023 y

## MUNDARIJA

<b>I- BOB.....</b>	<b>5</b>
<b>XIRURGIK INFEKSIYALAR .....</b>	<b>5</b>
Organizmning yallig'lanishga reaksiyasi va patogenezi .....	9
Klinik manzarasining alohida xususiyatlari .....	13
Antibakterial preparatlarni tanlash va kombinatsiyalash.....	20
Bemorlar ahvolini kuzatish .....	21
Infuzion-transfuzion terapiya .....	23
Sivorotkaning bakterial faolligi .....	27
I. Teri va teri tagi to'qimalari infeksiyalari .....	29
Klinik belgilari va diagnostikasi .....	35
Siyrak qo'shuvchi to'qimalardagi yallig'lanish kasalliklari.....	49
II. Bo'shliqlardagi yiringli yallig'lanish holatlari .....	50
Peritonitlar diagnostikasi va zamonaviy davolash usullari.....	59
O'tkir peritonitlarni zamonaviy davolash .....	67
Sanatsion relaparotomiyaga ko'rsatmalar .....	71
I. Antibakterial terapiya .....	73
II. Metabolik o'zgarishlarni korreksiya qilish .....	74
III. Oshqozon - ichak tizimi funksiyasini tiklash.....	75
Bezli a'zolarining yallig'lanishi .....	82
Panjaning yiringli kasalliklari .....	87
Suyaklarning, bo'g'inlarning va shilliq bo'shliqlarning yiringli kasalliklari .....	96
Osteomielitni keltirib chiqaradigan xavf omillari.....	97
Osteomielitlarni boshqa shakllari.....	106

<b>II - BOB.....</b>	<b>112</b>
<b>SEPSISNING KLINIKASI, DIAGNOSTIKASI VA</b>	
<b>DAVOLASH.....</b>	<b>112</b>
Tizimli yallig'lanish reaksiyasining rivojlanish variantlari .....	121
Sepsislarning turiga qarab etiopatogenezing alohida xususiyatlari ..	123
Teri va yumshoq to'qimaning yallig'langanida bo'ladigan sepsis .....	136
Oshqozon va ichak tizimidagi o'tkir stresslar sababli hosil bo'ladigan yaralar profilaktikasi .....	142
<b>III - BOB.....</b>	<b>144</b>
<b>TERMIK JAROXATLAR, KUYISH.....</b>	<b>144</b>
Sovuq urish .....	157
Parazitar xirurgik kasalliklar .....	161
<b>IV - BOB.....</b>	<b>172</b>
<b>KASALXONA ICHI INFEKSIYASI .....</b>	<b>172</b>
Bemorlar holatiga tasir qilishi .....	183
Tashqi muhitning OMXiga tasiri .....	184
Siydik chiqarish yo'llari infeksiyasi. (SYI).....	186
<b>FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.....</b>	<b>204</b>
Asosiy adabiyotlar .....	204

## I- BOB

### XIRURGIK INFEKSIYALAR

**Xirurgik infeksiyalar** - Butun dunyo mamlakatlarining sog'likni saqlashdagi va umuman meditsinaning muammolaridan biri hisoblanadi.

Davolash profilaktika muassasalarining rivojlanishi, yangi-yangi davolash diagnostik asbob uskunalarning zamonaviy turlarining paydo bo'lishi, amaliyotga infeksiyalarga qarshi kimyoviy preparatlarining oxirgi turlarining kiritilishi, xirurgik infeksiyalarning etiologiyasi, diagnostikasi va davolashga bo'lgan munosabatini bildiradi. Infeksion patologiya masalalari xirurgiyaning hamma rivojlanish etaplarida eng dolzarb muammolaridan bo'lgan. Ma'lumki bugungi kunda sayyoramizni 100000 atrofidagi turli bakteriyalar o'rab olgan. Oxirgi uch o'n yillikda 20 dan ortiq infeksiion kasalliklar paydo bo'ldi. Ular orasida megalovirus kasalligi, VICH - infeksiya "XX asr o'lati" deb topildi. Har xil virusli kasalliklar (covid - 19) paydo bo'ldilar.

Shuning uchun ham yiringli xirurgiyaning otasi F.V. Voyno-Yasenetskiy aytgan ediki "Yiringli xirurgiya- xirurgiyaning eng muhim bo'limi bo'lib, chuqur ilmiy qiziqishga, diagnostikasi va operativ davolashda juda yengil bo'lmagan xirurgiyaning eng dolzarb bo'limidir". Hozirgi kunda haqiqatdan ham yiringli yallig'lanish kasalliklarining yangi xillari paydo bo'ldiki, ularni davolashda qiyinchiliklar mavjud. Rivojlangan mamlakatlarda ham 200-275 odamda har 100000 aholi orasida bir yilda kuzatilmoqda. O'lim tavsiloti sepsisning og'irlik darajasiga qarab 50-80% ni tashkil qilmoqda.

**Yiringli infeksiyalar** - (nomaxsus) yallig'lanish kasalliklari bo'lib, har xil lokalizatsiya va xarakterga ega bo'lib yiringli mikroblar florasi bilan chaqiriladi. Yiringli yallig'lanish kasalliklari bilan bemorlar hamma xirurgik kasalliklarning uchdan bir qismini tashkil qiladi va ko'pincha operatsiyadan keyingi asoratlari bo'lib yiringli infeksiyalar bilan bog'liqdir. Operatsiyalardan keyin bo'ladigan o'limning yarmidan ko'prog'ini yiringli infeksiyalar asoratlari tashkil qiladi. Yiringli-yallig'lanish holatlarini va operatsiyalardan keyin rivojlanadigan infeksiya asoratlari bir nechta omillarga bog'liq:

1. Organizmning immunobiologik kuchiga bog'liq.
2. Makroorganizmlarga tushadigan mikroblarning virulentligi, ularning antibiotiklarga bo'lgan chidamliligiga bog'liqligi.

3. Infeksiyalarning organizmga kirishdagi anatomo-fiziologik o'chog'ining holatiga.
4. Umumiy va mahalliy qon aylanish holatiga
5. Bemorning allergik holatiga

Hozirgi kunda butun dunyo mamlakatlarida yiringli - yallig'lanish kasalliklari va operatsiyadan keying asoratlari, ko'payib borib bormoqda. Shu bilan birga davolash effektivligi kamaymoqda, chunki antibiotiklarga chidamli mikroorganizmlar shtammi ortmoqda.

Oxirgi yillardagi adabiyotlarda berilgan malumotlarga asosan har bir odam organizmini doimiy ravishda 10<sup>15</sup>-10<sup>17</sup> bakteriya hujayralari o'rab olgan, hatto hamma planeta aholisini 10<sup>24</sup> bakteriyalar bilan qamrab olingan. Shuni aytish kerakki hozirgi kunda planetada bitta bakteriyalar emas, viruslar, zamburug'lar ham yiringli - yallig'lanish chaqirmoqda.

Yiringli yallig'lanish holatining kelib chiqishida mikrofloralarning kirish o'chog'idan o'lgan to'qimalarning, ozuqa sifatida borligi, umumiy va mahalliy qon aylanishining buzilishi (shok holat, o'tkir anemiya, yurak faoliyatining buzilishi, immunitetning pastligi) yallig'lanish o'chog'iga hujayra va kimyoviy elementlarini yetkazishi buziladi va mikroblar bilan kurashish xususiyati pasayadi, og'ir yiringli-yallig'lanish paydo bo'ladi. Yiringli-yallig'lanish kasalliklarining paydo bo'lishda bemorlar yoshiga ham bog'liq. Bemorlarda (17-35 yoshli) ko'proq flegmona, abscess, yiringli limfadenit, mastit, osteomielit uchrasa, 36-55 yoshlikdan keyin har xil yallig'lanish holatlar uchraydi. Siydik ajratish tizimidagi – piyelit, sistit, piyelonefrit, paraproktit, peritonit, 65 yoshdan keyin – karbunkul, nekrotik flegmonalar, inyeksiyadan keying abscesslar, gangrena uchraydi.

Bolalarda ham yiringli infeksiyalar uchraydi, yangi tug'ilgan bolalarda flegmona, sepsis, o'pkaning yiringli kasalliklari ham uchraydi.

### **Xirurgik infeksiyalar ta'snifi:**

#### **I. Infeksiyalar**

1. Nospesifik infeksiyalar: a) yiringli. b) chirish. d) anaerob.
2. Maxsus infeksiyalar: a) tuberkulyez. b) stolbnyak (qoqshol). d) gazli gangrena. e) aktinomikoz. f) kuydirgi. g) difteriya.

## II. Etiologiyasi bo'yicha:

a) stafillokokk b) streptokokk d) pnevmokokk e) gonokokk f) anaeroblar spora hosil qilmaydigan g) klostridial anaeroblar g) aralash i) zamburug'lar

## III. Patologik holatning tuzilishi bo'yicha:

a) xirurgik infeksiyon kasalliklar asorati b) operatsiyadan keying infeksiyon asoratlari d) ochiq va yopiq jarohatlardan keyingi infeksiyon asoratlari.

## IV. Lokalizatsiyasi bo'yicha:

a) teri va teri osti to'qimalari b) miya va uning pardalari, kalla to'qimalari c) bo'yindagi yiringli holatlar d) ko'krak qafasi, plevra bo'shligi, o'pkada f) ko'ks oralig'i jarohatlarida (mediastinit, perikardit) e) qorin bo'shlig'i va qorin pardalar. g) chanoq va chanoq a'zolari h) suyaklar va bo'g'imlar jarohati.

## V. Klinik kechishi bo'yicha:

1 O'tkir yiringli infeksiyalar: a) lokalizatsiyasi b) rivojlangan turi.

2 Surunkali yiringli infeksiyalar.

**Etiologiyasi:** Yiringli-yallig'lanish kasalliklari har xil turdagi mikroorganizmlar tomonidan chaqiriladi. Grammusbat, grammanfiy, anaeroblar, spora hosil qiluvchilar, spora hosil qilmaydigan va boshqa mikroorganizmlar hamda zamburug'lar tomonidan chaqiradi. Ayrim yaxshi sharoit bolganlarida shartli patogen mikroblar: klebsiellalar, enterokokklar, saprofitlar ham yiringli yallig'lanish chaqirishlari mumkin. Kasallik monoinfeksiyalar (bitta chaqiruvchi) yoki aralash (bir necha chaqiruvchi) bilan sodir bo'lishi mumkin. Bu holatni mikroblar assotsiyatsiyasi deyiladi. Yaraga mikroorganizmlar jarohatlangan to'qimalar orqali tashqi muhitdan tushishi (ekzogen infeksiyalar) yoki organizmning o'zida bo'lgan infeksiyalar o'chog'idan (endogen infeksiyalar) tushishlari mumkin.

**Stafilokokklar** – eng ko'p yiringli-yallig'lanish chaqiruvchilar guruhiga kirib ular kontakt yo'li bilan ifloslanadi. Yiringli-yallig'lanish kasalligi ko'p holatlarda ekzogen infeksiyalar hisobidan bo'ladi. Ekzogen infeksiyaning asosiy manbasi organizmdagi surunkali yoki o'tkir yallig'lanishlar o'chog'i odam organizmining o'zida bo'lishi mumkin. Stafilokokklar terida saprofitlar holida burun, burun-halqum, nafas yo'llari va jinsiy a'zolarning shilliq pardalaridan o'tishi mumkin. Stafilokokk infeksiyalarga hos bu mikroblar o'zidan stafilogemolizin,



stafiloleysin, plazmokoagulazin ajratadi, ular antibiotiklarga va antiseptiklarga qarshi chidamlidir. Bular lokal yiringli-yallig'lanish kasalliklari (furunkul, karbunkul, gidroadenit, abscesslar, flegmona, o'pka absessi) sepsisga olib keluvchi yiringli holatlar chaqiradi.

**Streptokokklar** - Gemolitik streptokokklar (A, B, G, shakllari bo'lib) xolesistit, pielonefrit, saramas, bakterial endokardit, bu hollarda og'ir infeksiyon holatlar (pnevmoniya, osteomielit, meningit va yosh chaqaloqlarda sepsis) chaqiradi. Streptokokk infeksiyalar og'ir intoksikatsiya beradi va umumiy yiringli infeksiya metastazsiz o'tadi.

**Pnevmonokokklar** - ko'pincha pnevmoniya chaqiradi kam holatlarda yiringli artrit, yiringli otit, meningit, bolalarda peritonit chaqiradi. Pnevmonokokklarga hos-toksinlar hosil qilmaydi.

**Gonokokklar** - ular gonoreya chaqiradi va ular tarqalib yiringli endometrit, adneksit, (salpingoofarit), yiringli pelvioperitonit (chanoq qorin parda yallig'lanishi) chaqirishi mumkin. Gematogen yo'li bilan tarqalib, yiringli artrit, yiringli sinovit chaqirishi mumkin.

**Ichak tayoqchalari** - qorin boshlig'idagi yiringli yallig'lanish (appendisit, xolesistit, yiringli peritonit) hamda sepsis chaqirishi mumkin. Ular odam ichaklarida hayot kechiradi va anaerob, aerob muhitlarda yashashlari mumkin, antibiotiklarga chidamli. Bularning alohida xususiyati - to'qimalarda chirish holatini chaqirib (terida, yog' to'qimalarida, mushaklarida) og'ir intoksikatsiyaga olib keladi. Yiringli o'choqlarda bu tayoqchalar streptokokk, stafilokokklar bilan birgalashib yallig'lanish holatining og'ir asoratlariga olib kelishi mumkin.

**Proteylar** - grammanfiy tayoqchalar guruhiga kiradi. Bulardan bir xillari (*proteus mirabilis*, *Pr. vulgaris*, *Pr. incostans*) og'iz bo'shligida, ichaklarda saprofit holda uchraydi. Agar ular yaraga tushsa yiringli-yallig'lanish chaqirib yumshoq to'qimalarda chirish, yemirilishlarni chaqiradi. Antibiotik va antiseptik (kimyoviy)larga chidamli, yiringli o'choqlarda boshqa mikroorganizmlar bilan uyushgan holda kasalxona ichi og'ir infeksiyasiga aylanadi.

**Ko'k yiringli tayoqchalari (*Pseudomonas aeruginosa*)** - odamdagi ter bezlari va terisida saprofit holda uchraydi. Bu kasalxona ichi infeksiyasilaridan biri hisoblanadi, kuyish va reanimatsiya bo'limlarida ko'proq uchraydi. To'qimalardagi regeneratsiya holatini bosadi, antibiotiklarga, antiseptik (kimyoviy) moddalarga chidamli (polimiksin, amiksin, karbopenisillin, bor kislotasidan tashqari). Bu holat organizmda chidamlilik pasayganda yuzaga chiqadi. Spora hosil qilmaydigan

anaeroblar: bular anaerob sharoitda rivojlanib, yiringli kasalliklarini chaqiradi. Bu mikroblar guruhiga grammusbat kokklar (peptokokklar, streptokokklar), grammanfiy bakteriyalar (bakterioidlar, fuzobakteriyalar), bu spora hosil qilmaydigan anaeroblardir. Qorin bo'shlig'ida qilinadigan operatsiyalardan keyin yiringli-yallig'lanish asoratlarini o'pka absessi, chanoq bo'shlig'i abscesslarini chaqiradi.

**Spora hosil qiluvchi anaeroblar** - klostiridialar maxsus yallig'lanish chaqirib va nekrotik holat ya'ni gazli gangrenaga olib keladi. Klostridial infeksiyalarning ichida eng muhim *cl.perfringens*, *cl.aedemeticus*, *cl.septicus*, *cl.hystoliticus*. Bu infeksiyalar boshqa mikroorganizmlar bilan qo'shilgan holda (stafilokokklar, streptokokklar) kasalliklar chaqiradi. Gazli gangrena uchun eng xarakterli - juda og'ir intoksikatsiya chaqiradi, bu holat to'qimalarda yuzaga chiqadigan parchalanishlar va bakterial toksinlar natijasida bo'ladi.

**Spora hosil qilmaydigan anaerob infeksiyalarga** - qoqshol tayoqchasi bo'lib ular uy hayvonlarida va odam ichaklarida saprofit holida yashaydilar. Ana shu ichak hosilalari orqali (saprofit orqali) spora shaklida atrof muhitga tarqaladi va uzoq muddatda saqlanadi.

Yaralarning tuproq va boshqa har xil ifloslangan narsalarning tushishi qoqshol bilan kasallanishi mumkin. Bu tayoqcha o'zidan kuchli ekzotoksinlar - tetanospazmin va tetanogemolizin chiqaradi.

### **Organizmning yallig'lanishga reaksiyasi va patogenezi**

Yallig'lanish yuzaga chiqishi uchun yiring chaqiradigan mikroorganizmlar jarohatlangan teri epiteliyasi va shilliq parda orqali organizmning ichki muhitiga kirishi mumkin. Shu holatni kirish darvozasi deyiladi. Jarohatlanmagan teri epiteliyasi va shilliq pardalar infeksiyasining o'tishiga mustahkam baryer hisoblanadi. Terining epiteliysi, shilliq pardalarning jarohati mexanik travmalar, kimyoviy moddalar ta'sirida allergik faktorlar, bakterial toksinlarning natijasida bo'lishi mumkin. Mikroblarning organizmga o'tishida jarohatlarning maydoni muhim ahamiyatga ega emas, chunki ular katta va juda mayda jarohatlarda ham organizmga o'ta oladi. Mikroorganizmlar teri epiteliyasining defekti orqali to'qimalar orasidagi yoriqlarga, limfa tomirlariga tushadi va limfa oqimi bilan pastda joylashgan to'qimalarga (teri osti yog' to'qimasiga, mushaklarga, limfa tugunlariga) tushadilar.

Agar tushadigan mikroblar soni ko'p bo'lmasa va virulentlik xususiyati past bo'lsa, yallig'lanish umuman bo'lmasligi yoki boshlansa ham tez tamom bo'lishi mumkin. Yallig'lanish rivojlanadigan mahalliy sharoit mikroflora kirgan to'qimalar holati ham muhim rol o'ynaydi. Qon tomirlari yaxshi rivojlangan bo'lib, qon bilan ta'minlashi yaxshi bo'lsa o'sha joyda mikroorganizmga qarshi ta'sir kuchli bo'ladi. Masalan, bosh va yuz sohasidagi qalin tomirlar tizimi rivojlanganligi tufayli yiringli holatlar kam uchraydi. Mahalliy immunobiologik holatlar ham yallig'lanishning rivojlanishiga ta'sir qiladi. Oraliq sohalarida qolgan joylarga qaraganda yiringli yallig'lanishlar kam uchraydi, chunki regeneratsiya holati tez o'tadi. Yaraga tushgan mikroorganizmlar 5-6 soatdan keyin o'zining faoliyatini boshlaydi va ko'paya boshlaydi. Shuning uchun ham travmalar bilan bemorlardagi yaralarni birinchi sabablarda birlamchi xirurgik ishlov berish o'tkaziladi, chunki yiringli holat rivojlanib ketishi mumkin.

Mikroblarning yaxshi rivojlanishi uchun bo'lgan sharoitlarga:

- 1) jarohat bo'lgan joyda mikroblar uchun ozuqa manbasining bo'lishi.
- 2) bir vaqtning o'zida bir biriga yordamlashuvchi mikroblarning bo'lishi.
- 3) juda virulentligi yuqori bo'lgan mikroblarning infeksiya o'chog'idan tushishi.

Organizmning reaktiv holatiga bog'liq holda har xil organizmda har xil ravishda yallig'lanish rivojlanadi. Shuning uchun ham yallig'lanish holati giperergik, normergik, gipoergik va anergik shakllarda rivojlanadi. Bir xil kasallarda yiringlash holati tez, atrof to'qimalarga tarqalgan shundan tomirlarga trombozlar, katta shishlar, limfa tomirlariga tarqalgan, mahalliy va umumiy reaksiya bergan holda o'tadi. Lekin shunday giperergik reaksiya rivojlanganda, o'z vaqtida va ratsional davolash o'tkazilishidan qat'iy nazar bemorlarda o'lim holati rivojlanishi mumkin. Boshqa guruh bemorlarda yallig'lanish juda katta bo'lmagan to'qimalar jalb qilinib, shish katta bo'lmay, umumiy reaksiya ham juda rivojlanmagan. Tana harorati ham uncha baland bo'lmaydi, qondagi o'zgartirishlar ham uncha chuqur bo'lmaydi. Ana shunday normergik rivojlanishda o'tkazilgan davolash effekti yaxshi bo'ladi. Ayrim bemorlarda mahalliy yallig'lanish holatlari ham yuzaga chiqqan holda, mahalliy va umumiy reaksiyalar bir xilda o'tadi. Bunday holatlarda yallig'lanish tezda lokalizatsiya bo'ladi ya'ni karbunkul, absseklar hosil

bo'ladi. Bunday giperergik rivojlanish paydo bo'ladi davolash yaxshi natija beradi. Yiringli holat yuzaki rivojlanib to'qimalarning yuqori yuzasida (abscess, karbunkul, frunkul) hosil qilib to'qimalarning chuqur qismiga o'tib ketishi va keng mushaklararo flegmonalar hosil qilishi mumkin. Hatto ular teri tagi yog' qatlamida tarqalgan epifastsial flegmonaga o'tib terida katta yemirishlarga olib kelishi mumkin.

**Mahalliy reaksiya:** Makroorganizmlarning organizmga kirgan mikrofloraga himoya kuchi rivojlanadi ya'ni baryer yuzaga chiqadi. Organizmda leykotsitar g'ov - ya'ni infeksiya o'chog'ini organizmning ichki muhitdan ajratadigan chegara paydo bo'ladi. Bu baryer hosil bo'lishda limfa tugunlar qatnashadi. Bunday to'qimalardagi reaksiyaning rivojlanishi bilan yiringli o'choqlar atrofida qo'shuvchi to'qimalar hujayralarning ko'payishi natijasida granulyatsion g'ov (devor, chegara) hosil bo'lib kuchliroq va mustaxkam yiringli o'choqni o'rab oladi. Ana shu yiringli o'choqning granulyatsion g'ov bilan chegaralanishi granulyatsion piogen qobiq paydo bo'lishiga olib keladi, ya'ni abscess hosil qiladi.

Agar mikrofloraning virulentligi yuqori bo'lib, organizmning himoya baryeri kuchsiz bo'lsa, ko'pincha limfa yo'llari (tomirlar, tugunlar) orqali mikroblar qon tomirlariga o'tadi va organizmda umumiy infeksiya rivojlanadi. Mahalliy reaksiya bilan birga umumiy reaksiyaning organizmga kirgan infeksiyalarga qarshi umumiy reaksiyasining rivojlanish darajasi kirgan bakterial toksinlar soniga va to'qimalarning parchalanishiga, hamda organizmning umumiy qarshilik reaksiyasiga bog'liq.

Yiringli yallig'lanishning davom etishi intoksikatsiyaning rivojlanishiga olib keladi va quyidagicha faktorlarga ega.

1. Yallig'lanish o'chog'ida mikroorganizmlarning ko'payishi, hayot faoliyati va ularning o'limida keng miqdorda bakterial endo va ekzotoksinlar ajraladi va ular qon oqimiga so'riladi va toksik holat rivojlanadi. Bundan tashqari yallig'lanish o'chog'ida to'qimalarning parchalanishi sababli, modda almashinuvining buzilishi anaerob holatning aerob ustidan ustun kelishi natijasida organizmda sut va pirovinograd kislotasining va boshqa yallig'lanish moddalarining (sitokinlar, interleykinlar, prostoglandinlar) organizmda yig'ilib qolishiga olib keladi. Ana shu toksik moddalar qonga so'rilib, hayotiy muhim a'zolar (miya, yurak, jigar, buyrak) faoliyatiga ta'sir qiladi.

2. Intoksikatsiyaning ikkinchi manbai- toksik moddalarning organizmda yig'ilib qolishi sababli, organizmda dezintoksikatsiya qiladigan (jigar, buyraklar) a'zolar funksiyasini buzadi. Natijada

organizmda so'rilish va chiqarish funksiyasi buziladi, yana qonga yallig'lanish o'chog'idan toksik moddalarning o'tishi (bakterial toksinlar, to'qimalar parchalanishidan hosil bo'lgan moddalar) intoksikatsiya darajasini oshiradi.

3. Intoksikatsiyaga olib keladigan uchinchi faktor bo'lib, qonga toksin moddalarning so'rilishidan (peritonit rivojlanganda) ichaklar parezi natijasida ovqat hazm qilish mahsulotlarining va ularning bijg'ishi, ovqat hazm qilish shiralari (o't suyuqliklari, fermentlar) yig'ilib qolishidir. Bu toksik mahsulotlarning katta miqdorda qonga so'rilishi toksemiyaning kuchaytiradi va organizmning umumiy intoksikatsiyasiga olib keladi.

Endogen intoksikatsiyalarning rivojlanishidan toksemiya paydo bo'ladi va yiringli yallig'lanish holatining tarqalishi og'irligiga, to'qimalarda bo'ladigan parchalanish hajmiga bog'liq. Bu holatning rivojlanishida bakteremiya, bakterial toksemiya, qonda to'qimalar parchalanishidan hosil bo'lgan toksik moddalarning (polipeptid, nekrotik tanalar) yig'ilib qolishi natijasidir. Sirkulyatsiyasidagi immun kompleksining ortishi, antigen-antitananing o'zaro ta'sirida, mochevina, proteolitik fermentlarning, to'qimalar parchalanishidan hosil bo'ladigan (lizosomal proteazolarning leykotsitlar yemirilishidan hosil bo'lishi), metabolitlar (etanol, asetonlar) ning yig'ilib qolishiga olib keladi. Yallig'lanish sababli to'qimalarda nekrotik holatning paydo bo'lishida yiring bilan oqsillarning yuqotilishi, elektrolitlar suv balansining buzilishi, intoksikatsiya, gemostazning buzilishi-aylanishidagi qon hajmining o'zgarishlariga olib keladigan asosiy faktor hisoblanadi. Yiringli kasalliklar bilan bemorlarda gipovolemiya oligositemik xarakterli bo'ladi va intoksikatsiyaning va bemorlar umumiy ahvolidan og'irligiga bog'liq. Og'ir holatda AQH 15-25 % pasaysa plazma hajmi 7-10%, globulyar hajmi 8-15% tushadi gipovolemiyada oqsillar hajmi ham o'zgaradi, ammo sirkulyatsiyadagi albumin hajmi pasayadi. Shu vaqtning o'zida sirkulyatsiyadagi globulin ham oshadi.

Yiringli yallig'lanish kasalliklardagi suv elektrolit balansi, kislota holati buziladi. Asosan og'ir tarqalgan yiringli-yallig'lanish holatida va bemorlarning og'ir ahvolidan chuqur rivojlanadi. Suyuqlikning o'zaro ta'sirlanishi hujayra gidratatsiyasi hujayradan tashqari dehidratatsiyasi bilan rivojlanadi, bularni zudlik bilan korreksiya qilish zarur. Ayniqsa sepsis - peritonit sababli rivojlansa, tarqalgan flegmonalarda, mediastinitlarda va qorin orqa pardasi flegmonalarida ham bo'ladi.

Elektrolitlar balansining buzilishi ayniqsa yallig'lanish fazasining – rivojlanishi, to'qimalar parchalanishida, ya'ni qon plazmasidagi kaliy miqdori pasayadi (yiring va ekssudat orqali). Regeneratsiya fazasida esa natriy ionlari plazmada ko'payadi, bu yallig'lanish o'chog'idan qonga o'tishi oshadi, qayta rivojlanish natijasida. Bu ionlar almashinuvi yiringlash o'chog'ida: to'qimalarda gidratatsiyaning ko'tarilishi bilan kaliy ionlari pasayadi va natriy xlor ionlari oshadi. Bu holat organizmdagi suv va elektrolit almashinuvining buzilishida va AYQH ga katta ta'sir qiladi.

### **Klinik manzarasining alohida xususiyatlari**

Yiringli-yallig'lanish kasalligining klinik manzarasi va uning yuzaga chiqishi mahalliy va umumiy simptomlar orqali paydo bo'ladi.

**Mahalliy belgilari.** Yiringli-yallig'lanishning mahalliy belgilari rivojlanishi bosqichiga, yallig'lanish o'chog'ining lokalizatsiyasiga bogliq. Yuzaki joylashganda (terining yiringli-yallig'lanishi, teri osti yog' qatlamida, sut bezlarida, mushaklarda) yoki to'qimalar orasida joylashganda ham shu holatga teri qoplama tortilganida mahalliy kasallik belgilari paydo bo'ladi: qizarish (rubor), yallig'lanish sohasida giperemiya, shishning paydo bo'lishi (tumor), og'riqning aniqlanishi (dolor), mahalliy haroratning ko'tarilishi (color) va o'sha sohada faoliyatining buzilishi (functio laesa). Yallig'lanish holatining tarqalish kengligi va uning aniq yuzaga chiqishi mahalliy belgilarining yuzaga chiqishi darajasini aniqlashga yordam beradi. Agar yallig'lanish ichki a'zolarida bo'lganda, uning xarakteriga qarab qaysi ichki a'zolar jarohatlanganligining (plevrit, peritonit) har xil mahalliy belgilari kuzatiladi.

Yiringli-yallig'lanish kasalligi bilan bemorlarni tekshirishda ularning yallig'lanishi qaysi fazada ekanligini aniqlash uchun albatta katta, qattiq hosila palpatsiya qilinadi. Unga qo'shilgan holda boshqa belgilarning ham aniqlashuviga asosan o'choqning yumshoq to'qimadaligini yoki bezli a'zolaridagini, teri, qorin bo'shlig'ida ekanligini aniqlash mumkin. Agar palpatsiya qilinganda infiltratsiyaning bo'shashganligini, flyuktuatsiya belgisining musbat bo'lishi yallig'lanishining infiltrat fazasidan yiringli fazasiga o'tkanligidan dalolat beradi. Yiringli – yallig'lanishlarda rivojlanish bosqichida mahalliy belgilarining ko'rsatkichlari: terida qizarish va qizil yo'llarning hosil

bo'lishi (Limfangit), sharixsimon og'riqli, qattiqlashishlar ustidan yuzaki venalarning tortishi (tromboflebit) va shunday qattiqlashgan hosilalar limfa tugunlarida topilganda (limfadenit) aniqlanadi. Agar shunday mahalliy va umumiy belgilar orasida intoksikatsiya belgilari topilsa: yallig'lanish holatining rivojlanayotganligi va intoksikatsiya yuzaga chiqayotganligidan darak beradi.

**Umumiy belgilari:** organizmning yallig'lanishiga qarshi umumiy reaksiyasi: tana haroratining ko'tarilishi, varaja yoki haddan tashqari holsizlik, juda og'ir holatlarda hushining karaxtlashishi (ayrim hollarda hushini yo'qotish), bosh og'rig'i, tananing butunlay og'rishi, pulsning oshishi, qon tarkibida ko'rinarli darajada o'zgarish, jigarning, buyraklar faoliyatlarining buzilishi, qon bosimining tushishi va kichik qon aylanish tizimida turg'unlik. Bu ko'rsatilgan simptomlarning juda yorqin holda yoki kam ko'rinarli darajada bo'lishiga yallig'lanish holatining tarqalishiga, uning lokalizatsiyasiga va organizmning qarshilik kuchiga bog'liq. Tana harorati xirurgik infeksiyalar paytida 40 °C gacha ko'tarilishi, qaytadan varaja tutishi va bosh og'rig'i, gemoglobin miqdori va eritrositlar sonining birdaniga tushib ketishi, leykotsitlar sonining ko'tarilishi, ayrim og'ir holatlarda 25.000 - 30.000ga chiqishi mumkin. Qonning plazmasi tarkibida globulinlar ko'payadi, albuminning miqdori pasayadi. Ichaklar funksiyasi buziladi – axlat to'xtab qoladi, siydikda oqsil ko'payadi.

Rivojlanayotgan intoksikatsiya qon ishlab chiqish tizimiga ham ta'sir qiladi anemiya paydo bo'ladi. Qondagi yetishmagan shaklli elementlari ko'payadi, leykotsitlar formulasi chapga siljiydi ya'ni segment yadroli leykotsitlar kamayib, tayoqsimon neytrofillar soni oshadi. Eritrositlarning cho'kish reaksiyasi ko'tariladi. Ayrim holatlarda jigar, taloq kattalashadi, teri qoplamasida sariqlik paydo bo'ladi. Mahalliy yallig'lanish umumiy ko'rinishda ham o'tishi mumkin. Yiringli xirurgik infeksiyada klinik belgilari xuddi sepsisda yoki har xil yuqumli infeksiyon kasalliklarida (tif, brutsellyoz, tuberkulyoz) bo'ladi. Agar umumiy reaksiyaning juda ham yorqin o'tishda yallig'lanishning mahalliy holatiga bog'liqligini yoki infeksiyon kasalliklari birligini bilish uchun qayta qonni olib bakterianing borligi yoki yo'qligini aniqlash zarur. Qonda bakteriyalarning topilishi va xirurgik operatsiyalarning birlamchi o'chog'ini bartaraf qilishga qaratib o'tkazilgandan keyin ham klinik o'zgarishlar kuzatilmasa buni sepsis holati deb tushunmoq kerak. Uni mahalliy yiringli holatga organizmning umumiy reaksiyasi deb bo'lmaydi.

Organizmning umumiy reaksiyasini sepsisdan ajratadigan belgisi, yiringli mahalliy o'choq xirurgik operatsiya yordamida bartaraf qilingandan keyin bemor ahvoli ancha yaxshilanadi, ayrim belgilari yo'qoladi- demak organizmning umumiy reaksiyasi bo'ladi. Vaxolanki sepsisda bunday holat kuzatilmaydi. Mahalliy yiringli yallig'lanishda organizmning umumiy reaksiyasining darajasini aniqlash bemor ahvolini to'g'ri baholashda yallig'lanishning rivojlanishi xarakterini aniqlashda va bo'ladigan asoratlar prognozini bilishda katta ahamiyati bor. Endogen intoksikatsiyaning klinik belgilarining yuzaga chiqishi uning og'irligi darajasini ko'rsatadi. Yengil intoksikatsiyada teri qoplamasi oqargan bo'lsa, og'ir darajada to'qroq rangga o'tadi, akrosianoz, yuzida giperemiya paydo bo'ladi. Albatta pulsi tezlashadi 110-130 martagacha, qon bosimi tushadi, hansirash, 25-30 marta nafas olish ko'tariladi. Intoksikatsiya og'ir darajada bo'lganda markaziy asab tizimida ruhiy qo'zg'alishlar, demensiya paydo bo'ladi. Diurezda o'zgarish bo'ladi – oligouriya hatto anuriya boshlanadi.

**Diagnostika:** Intoksikatsiyani aniqlashda laboratoriya testlarida qondagi mochevinaning, nekrotik tanachalari, polipeptidlar, proteolitik zardob aktivligi oshadi. Intoksikatsiyada og'ir darajasida anemiya kuzatilganda, leykotsitar formulasini chapga, qonning shaklli elementlaridatoksik donachalar, gipo va disproteinemiya paydo bo'ladi. Yiringli-yallig'lanish kasalligini aniq tashxislash uchun maxsus usullarni, endoskopik, laboratoriya va biokimyoviy tekshirishlar o'tkaziladi.

Mikrobiologik tekshirishlar – bunda nafaqat chaqiruvchilarning patogenlik, antibiotiklarga ta'sirchanligini aniqlash imkoniyatiga ega bo'ladi yiringli-yallig'lanish kasalliklarini kompleks tekshirish bemorlardagi immunobiologik statusini aniqlab, maqsadli immunoterapiya o'tkazishga yordam beradi. O'z vaqtida xirurgik davolash o'tkazilganda va antibiotiklar bilan kombinatsiya qilindi.

Bemorlarning yiringli-yallig'lanish kasalligi bilan kamayganligi va shu kasalliklarning o'tishida ko'rinarli darajada yaxshi tomonga o'zgarganligini e'tirof etiladi. Bemorlarni yiringli-yallig'lanishlar kasalligibilan kompleks tekshirishlar yordamida aniq tashxis qo'yish va yallig'lanish holatlarining tarqalishini va xarakterini aniqlash mumkin.

**Davolashning umumiy prinsiplari.** Yallig'lanish kasalliklarini davolashda umumiy prinsiplarini qo'llagan holda patologik holatning xarakteriga va lokalizatsiyasiga qarab (flegmona, abscess, peritonit, plevrit, artrit, osteomielit) o'tkazilishi kerak.



**Asosiy davolash prinsiplari:**

- 1) Etiotrop va patogenetik xususiyatlarini bo'yicha davolash.
- 2) Kompleks davolash: konservativ (antibakterial, dezintoksitsion, immunoterapiya) va operativ davolash
- 3) Organizmning individual xususiyatini, xarakteri, lokalizatsiyasini va yallig'lanishning rivojlanish bosqichini hisobga olgan holda davolash.

**Konservativ davolash:** Yallig'lanishning boshlang'ich davrida mikrofloraga qarshi (antibiotiklar bilan) va yallig'lanish holatiga ta'sir qiluvchi yallig'lanishni qaytarish yoki chegaralashga erishish. Ana shu davrda qo'llaniladi: antibiotiklar, antiseptiklar, yallig'lanishga va shishga qarshi (enzimoterapiya), fizioterapiya, issiq muolajalar (kompres, isitgich asboblari), UF-nurlar, ultrayuqori chastotali terapiya (UVCH), dorivor moddalar bilan elektroforez, lazeroterapiya. Albatta kasal a'zoga tinchlik (immobilizatsion) qo'l va oyoqlarda bo'lsa, to'shak rejimi.

Yallig'lanishning infiltratsiya davrida - har xil novokainli blokadalar: g'ilofli (aylanasiga), paraneural, retromammalar blokadalar. Intoksikatsiyani olish maqsadida infuzion terapiya qilinadi. Yallig'lanish yiringlash fazasiga o'tsa, yiringli abscesslarni punktsiya qilib yiringni olish, uning ichiga antibiotiklar yuborish, ayrim holatlarda punktsiya qilingan joydan drenaj naylar qo'yish mumkin. Ana shu punktsiya qilish usuli tabiiy bo'shliqlarda yiring yig'ilganda (yiringli plevritlarda, yiringli artritlarda, perikarditlarda) ishlatish mumkin.



**1-rasm: Bemorning chap dumba va yonbosh sohasining katta ezilgan yarasi. Yiringli nekrotik anaerob flegmona asorati**

**Xirurgik operatsiyalar:** Yallig'lanish holatining yiringli fazasiga o'tkanda, konservativ davolash effekt bermaganda xirurgik

davolash usullari qo'laniladi. Lokalyiringli holatning umumiy yiringli infeksiyaga o'tishi (sepsis) xirurgik operatsiyalarni tezroq o'tkazishga ko'rsatma bo'ladi. Yallig'lanish holatining og'ir belgilari yoki uning yanada rivojlanayotganligini, oqimining og'irlashganligi, konservativ davolash samara bermaganligining belgisi: tana haroratining ko'tarilishi, intoksikatsiyaning rivojlanganligi, yallig'lanish joyida yallig'lanish-yiring yoki nekrotik parchalanish, shishining kuchayishi, og'riq ularga qo'shilgan limfangit, limfadenit, tromboflebitlarning paydo bo'lishidir. (1,2,3 va 4 rasmlarda ko'rsatilgan.)

Xirurgik davolashda "Ubi pusibi evacua" degan prinsip Gippokrat tomonidan taklif qilingan bo'lib, hozirgi vaqtda ham o'z ahamiyatini yo'qotgani yo'q. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik va og'riqsizlantirish tegishli boblarda berilgan. Xirurgik dostup (operatsiya kesmalari) qisqa va yetarli darajada keng bo'lishi kerak. Bu kesmalar yiringni chiqarish va nekrektomiya qilish uchun yengillik tug'dirish kerak. Ayrim hollarda kesma qilingan punksiya ignasi orqali bajariladi. Avval punksiya qiladi, igna orqali yiring topilsa ignani olmasdan kesma qilinadi, yiring batamom tozalash uchun lazer nuri yoki UTT (ultra tovush) kavitatsiya qilinadi.

Shunday qilib yiringli-yallig'lanish kasalliklarini davolashda hozirgi zamon talabi bo'yicha ustidagi 3 ta qoidaga rioya qilish kerak.

1. Yiringli bo'shliqlarni erta tashxislash
2. Adekvat, radikal xirurgik operatsiya va qolgan bo'shliqni sanatsiya qilish.
3. Qolgan bo'shliqni adekvat drenajlash

#### **Antibakterial (etiotrop) davolash.**

Yiringli-yallig'lanishni kasalliligini chaqiruvchilarga qarshi kurashishda har xil antibakterial preparatlar qo'llaniladi, shulardan asosiy o'rmini antibiotiklar egallaydi. Antibiotiklarni qo'llashda eng muhim talablardan biri ularga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarni to'g'ri tanlashdir. Antibakterial preparatlarni kombinatsiya holatida ishlatishni va ularning dozasi, bo'ladigan asoratlarini aniqlash o'ta muhim hisoblanadi.

**SamDTU**

axborot-resurs markazi

319310



**2-rasm. Bemorning qisman yonbosh va dumba sohasidan ko'rinishi.**

**Antibiotiklarga ko'rsatmalarni aniqlash.** Antibiotiklar eng zarur bo'lgan bakteriyada ishlatiladi. Ular bilan davolash xirurgik davolashning o'mini bosolmaydi. Yiringli -yallig'lanish kasalliklarni davolashning samarasi individual ratsional yondashish, alohida xususiyatini o'rgangan holda tavsiya qilish bilan aniqlanadi.

**Qarshi ko'rsatmalarni aniqlash.** Agar antibiotiklarning nojo'ya ta'sirini yaxshi o'rganilmasa og'ir asoratlarga olib kelishi mumkin. Anamnezida antibiotiklar sababli allergik reaksiyalar, oldin o'tkazgan va hozirgi kunda jigar, buyrak kasalliklari mavjudligi, ehtimol eshitish tizimida bo'lgan o'zgarishlar topilsa ularda bo'ladigan asoratlarni oldini olish mumkin.



**3-rasm. Bemorning yiringli nekrotik anaerob flegmonani ochish.  
(Operatsiyasining boshlanish payti)**



**4-rasm. Bemorning batamom nekrektomiya qilingandan keyingi holati.**

Agar buyrak kasalligi bo'lganda (nefrit, pielonefrit, nefroz) aminoglikozidlarni, qon kasalliklarida (anemiya) – xloramfenikol, agar eshitish apparatida eshitish asabning nevriti bo'lsa – aminoglikozidlar, polimiksin, streptomitsin preparati mumkin emas. Ayniqsa xomilador ayollarga antibiotiklarni tavsiya qilishda juda ehtiyot bo'lish kerak, chunki antibiotiklarning toksik ta'siri xomilaga ta'sir qiladi. Bronxial astma, xar xil toshmalarda antibiotiklarni tavsiya qilishdan oldin maxsus sinamalar qo'yilishi kerak.



**5-Rasm. Bemorning Nekroektomiyadan keyingi yarani sanatsiya qilish etapi.**

**Antibiotiklarni tanlash.** Bularni tanlashda chaqiruvchilarning turi va ularning antibiotikorezistentligi aniqlash shart. Bordiyu yiringliyallig'lanish chaqiradigan infeksiyalar verifikatsiyasi qiyin bo'lganda davolashni keng ta'sir qiluvchi antibiotiklarni (empirik antibiotiko terapiya) tavsiya qilish va chaqiruvchilar aniqlangandan keyin ta'sir qiladigan antibiotiklar qo'llaniladi. Agar mikroblarning bo'lishi mumkin bo'lgan holatlarda (yiringli peritonit) kombinatsiya holatida antibiotiklar tavsiya qilinadi. Bunday holatda sinergik ta'sir qiluvchi antibiotiklar – bunda mikroflora hamma antibiotiklarga sezuvchanligi hisobga olinadi, maqsadga muvofiq hisoblanadi har xil ta'sir qiluvchi antibiotiklarni qo'shib ishlatish masalan spora hosil qilmaydigan anaerob flora topilganda albatta shu floraga ta'sir qiluvchi – klindamitsin, metronidazol, gidrooksi metilxinoksilin dioksid.

**Antibiotikka rezistentligini aniqlash.** Antibiotiklarni mikroblar florasiga ta'sirchanligi aniqlangandan keyin tavsiya qilinadi. Yiringliyallig'lanishlarni chaqiruvchilarni aniqlamasdan avg'ov antibiotiklar tavsiya qilinmaydi. Ular aniqlanib ta'sirchanligini tekshirilib keyin tavsiya qilish kerak. Antibiotiklarni tanlashda bakteriologik tekshirishlar: yiring, balg'am, qon, ekssudat qayta aniqlanish kerak. Ularning dozasini pasaytirish kerak, agar ular shu floraga ta'sirchan bo'lsa.

### **Antibakterial preparatlarni tanlash va kombinatsiyalash**

Antibiotiklar kombinatsiya holatida mikroblar assotsiyatsiyasida ishlatish mumkin. Ularni tanlashda o'zaro bir biriga ta'sirini aniqlash zarur. Ehtimol sinergik, antogonistik yoki indifferent (bularning faolligi bir-biriga ta'sir qilmaydi).

Eng yaxshi ta'sir ko'rsatadi sinergetik ta'sir qiluvchilarni kombinatsiya holatida ishlatish kerak. Bunda mikroflora hamma antibiotiklarga ta'sirchan bo'lishlari kerak. Eng muhim antibiotiklarni har xil spektrda ta'sir qiluvchilarni qo'shib ishlatishdir. Bir guruhdagi preparatlarni tavsiya qilish mumkin emas ularning umumiy noxush reaksiyasi (ta'sir) uchun.

Misol uchun: Nefrotoksik va ototoksik ta'sir qiluvchi streptomitsinni, aminoglikozidlarni, (kanamitsin, monomitsin, gentamitsin) birga tavsiya qilinganda ularning effektivligi baland, yoki shu guruhdan birini boshqasiga almashtirish mumkin. Kimyoterapevtik preparatlardan qo'shma antibiotiklar bilan keng ta'sir qiluvchi

sulfanilamid, nitrofuranol preparatlarini (xinoksamin tarkibidagi) ishlatish mumkin. Nitrofuranol preparatlari (furazidin, furazolidon) antibiotiklar bilan kombinatsiya qilinganda mikroorganizmlarning doriga chidamliligini hosil qilishni to'xtatadi.

Aminoglikozidlar va polimiksin, xloramfenikol va ristomitsin, xloramfenikol, sulfanilamid va nitrofuranolarni bir vaqtda tavsiya qilinganida noto'g'ri ta'sirini kuchaytiradi. Agar operatsiya paytida efir narkozi ishlatilsa va aminoglikozidlar ishlatilsa apnoe beradi.

### **Bemorlar ahvolini kuzatish**

Antibiotikoterapiyaning erta asoratlari aniqlash uchun bemorlar ahvolidan kuzatuv o'tkazish kerak. Buning uchun 4-5 kun ichida qonning va siydikning tahlilini qilish kerak, asoratlarning boshlanishi qondagi o'zgarishlar : leykopeniya, eozinofiliya, anemiya, siydikda – oqsil, silindrlar va zamburug'larning paydo bo'lishidir. Terida allergik toshmalarning paydo bo'lishi allergik reaksiyaning ko'rsatkichidir. Qondagi musbat o'zgarishlar (leykotsitlarning pasayishi, qon formulalarining normallasuvi, ECHT pasayishi), tana haroratining pasayishi antibiotikoterapiyaning effektivligini ko'rsatadi.

Antibiotiklar bilan davolashda albatta kombinatsiya holatida: vitaminoterapiya, oqsil va elektrolitlar defitsitini tiklash zarur. Yiringli – yallig'lanish kasalliklarini faqat antibiotikoterapiyani operativ davolashga almashtirib bo'lmaydi.

Antibiotiklar bilan davolashning muddatini aniqlash.

Antibiotikoterapiyaning qo'llanish muddati asosan yallig'lanish holatining to'xtashi va tana haroratining normallasishi hisoblanadi. O'tkir holatlarda antibiotiklar 5-7 kun davom etishi kerak. Agar uzoq davom ettirish uchun albatta preparatlarni almashtirish kerak. Antibiotiklarni uzoq muddat qo'llash har xil asoratlarga (disbakterioz, toksik ta'sir) olib keladi.

Kimyoviy antibiotik preparatlari.

Yiringli – yallig'lanish kasalliklari davolashda sulfanilamid preparatlari yaxshi yordam beradi. Bu preparatlar – bakterisid, bakteriostatik, grammusbat va grammanfiy floralarga ta'sir qiladi. Eng muhimi sulfanilamidlar uzoq muddatda tavsiya qilinishi (sulfatoksipiridazin, sulfadimetoksin) yoki undan ham uzoqroq davolash (sulfalen) tavsiya qilinadi. Bu preparatlar yiringli kasalliklarning

to'qimalarida bo'lishida, bezli a'zolar, osteomelitda, yiringli yaralarni davolashda albatta antibiotiklar bilan qo'shma tavsiya qilishimiz zarur. Antibiotiklarning yana yaxshi ta'siri kombinatsiya holatida sulfanilamidlarni ko-trimaksazolni qo'shma ishlatish orqali erishish mumkin.

Nitrofuranning yiringli – yallig'lanish kasalliklarini davolashda nitrofuran eritmasining 1: 5000 holatda ishlatiladi, bo'shliqlarni empiema, yaralarni yuvishda ishlatiladi. Furazidin vena ichiga 0.1 % eritmasi 300-500 ml (0.3-0.5) ishlatiladi va 3-7 marta qilinadi.

Xinoksalin tarkibidagi preparatlardan gidroksimetiloksilindioksid antibiotiklar bilan birga ishlatilishi yaxshi effekt beradi. Bu preparat grammusbat va grammanfiy mikrofloralarga va anaerob gangrenaga (klostridialar) keng spektrda ta'sir qiladi. Gidroksimetilxinoksilindioksid - yiringli plevritlarni, peritonit, abscesslarni, flegmona – ko'k yiringli tayoqchalarni, ichak tayoqchalarni davolashda keng qo'llaniladi, yiringli bo'shliqni yuvishda 10-15 ml ( 100-150) 1% eritmasi bilan ishlatiladi.

Bemorlar tomonidan yaxshi qabul qilinsa 3 hafta ishlatilish mumkin. Anaerob va noklostridial infeksiyalarni davolashda metronidazol vena ichiga yuboriladi.

Kimyoviy antiseptikalardan – xlorgeksidin yiringli yaralarni yuvishda, tamponlarni ho'llashda, drenajlar orqali 1:400 tartibda plevra bo'shlig'ini, qorin bo'shlig'ini (peritonitlarda) yuvishda ishlatiladi.

**Enzimoterapiya**– fermentlar va antifermentlarni davolash uchun ishlatiladi. Yiringli – yallig'lanish kasalliklarini davolashda proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, plazmin, kakain) : streptokinaza, plazminogen bilan aktivlashtiriladi va plazminga aylantiradi: fermentlar, dnk ni depolyarizatsiya qilinadi (dezoksiribonukleaza – dnk – aza) va mk (ribonukleaza–mk–za), gialuronidaza monopolisaxaridlarni parchalatadi: kollagenaza – kollagenlarni parchalaydi, elastaza-elastinni parchalaydi. Gialuronidaza asosan qo'pol chandiqlarni davolashda ishlatiladi.

Proteinazalar yiringli yaralarni tozalashda (nekrolitik ta'siri), qon aylanishni, tiklaydi, yiringli o'choqlardagi yiringni tozalaydi, ayrim biologik aktiv moddalarni inaktivatsiya qiladi, (bradikinin, gistamin). Bu hamma tadbirlar gipoksiyani pasaytiradi, atsidoz va modda almashinuvini normallashtiradi. Proteinazalarning yana bir xususiyati yiringli yallig'lanish kasalliklarini davolashda antibiotiklarning ta'sirini kuchaytiradi, mikrofloralarning ta'sirini kuchaytiradi, mikrofloraning antibiotiklarga ta'sirini kuchaytiradi.

## **Infuzion-transfuzion terapiya**

Qon preparatlarini, qon o'mini bosuvchi suyuqliklarning yiringli-yallig'lanish kasalliklarni davolashda ishlatilishi, eng muhim kompleks usullardan hisoblanadi. Transfuzion davolashning qo'llanilishi yiringli-yallig'lanish kasalliklarida yuzaga chiqadigan muhim asoratlardan: intoksikatsiya, modda almashinuvining buzilishlari, oqsillar, suv-elektrolitlar muvozanatining buzilishi, volemik buzilishlari, immunologik o'zgarishlar bu usulning qo'llanilishiga ko'rsatma bo'ladilar.

Asosiy transfuziya qilinadigan preparatlarini (qon, qon preparatlari, qon o'mini bosuvchi suyuqliklar) yiringli-yallig'lanishlarning xarakteriga, yuzaga chiqishi darajasiga va ularning asoratlariga qarab tanlanadi. Qon va uning komponentlarini qo'llash to'g'risida 6 bobda aytib o'tganmiz.

Yangi qon, eritrositlar massalarini quyish anemiya va aylanishdagi qon hajini (AQH) defisiti paytida qo'llaniladi. Og'ir yallig'lanishi holatlarda leykotsitoz ko'tarilgan bo'lishiga qaramay, leykotsitlarning funksional qobiliyati pasayadi, fagositar faollik 30-50% gacha tushadi (normada 60-75%), bir vaqtda limfa-monositopeniya yuzaga chiqadi. Limfosit va monositlar sonining pasayishi leykotsitar massa quyishga ko'rsatma bo'ladi. Birinchi marta (4-5) 150ml har kuni yoki kunaro qo'yiladi va limfositlar, monositlar, soni bo'yicha taqqoslanadi. O'tkir yallig'lanishning boshlang'ich davrida oqsillar konsentratsiyasi baland bo'lib, giperproteinemiya kuzatiladi.

Ana shu davrda kompensatsiya reaksiyasi yetarli paytda to'qima oqsillari (asosiy oqsilning manbasi qon plazmasi) hujayralararo oqsillar kam o'zgaradi. Shuning uchun disproteinemiya va hujayralardan tashqari oqsillarni to'ldirish uchun quruq yoki nativ plazma, sivorotka albuminini keyinchalik aminokislotalar aralashmalari va oqsilli qon o'mini bosuvchi suyuqlilar qo'yishga o'tish kerak. Surunkali yiringli holatlarda qaytalanish sodir bo'lishi bilan o'tadigan kasalliklar (surunkali osteomielit, surunkali o'pka absessi, bronxoektaz kasalligi) oqsillar almashinuvining chuqur buzilishi – to'qimalarda oqsillar yetishmovchiligiga olib keladi. Bu guruh bemorlarda oqsillar yetishmovchiligini to'ldirish nafaqat qon komponentlarini quyish bilan, hatto aminokislotalarning oqsilli gidrolizatleri tomonidan qoplash mumkin. O'zining effektivligi bilan qon plazmasini quyishdan ustun turadi va qon plazmasini quyish uchun ko'p vaqt sarflanadi.



Yiringli yaliglanish kasaliklaridan suv elektrolitlar muvozanatining buzilishida quydagi faktorlar tasir qiladi: yaliglanish o'chog'ida elektrolitlar va suvning konsentratsiyasi pasayadi suv elektrolitlarning yuqotilish, garmonlarning miqdorining o'zgarishi, suv elektrolit almashinuvi muvofiqlantirishining buzilishi, ichki azolar faoliyatining buzilishi. Yiringli yalig'lanishlarda suv - elektrolitlar muvozanatini tiklashda qonda ko'tariladigan STG (samatrop garmonlari) tiklaydi. gipofiz va kortizol garmonlari sathi qonda ko'tariladi. Yiringli yalig'lanish holatning chegaralangan yengil oqimi bilan suv elektrolitlar muvozanatini tiklash uchun yiringli o'choqni ochish, yiringdan tozalash, nekrotik to'qimalarni olish, sanatsiya qilish va adakvat drenajlash operatsiyasini o'tkazish yetarli. Yiringli holatni og'ir oqimda o'tishida albatta maqsadli ravishda suv elektrolit va kislota asoslari o'zgarishlarini hisobga olgan transfuzion korreksiya qilinishi kerak. Mana shu maqsadda elektrolitli suyuqliklar, gidrokarbonat natriy qon plazmasi quyilishi kerak. Bu haqida biz yettinchi bobda keltirdik. Yiringli yalig'lanish kasaliklarda bemorlarni oziqlantirish kompleks davolashda asosiy o'rinni egallaydi. Oziqa moddalari tarkibida yetarli darajada oqsilalar, yog'lar, karbon suvlar, vitaminlar, mikroelementlar bo'lishi shart. Sutkalik ratsionga mevavor sabzavot mahsulotlari kiritilishi kerak. Patensiyal oziqlantirish agar bemorlarni oziqlantirish iloji bo'lmasa o'tkiziladi. Oziqlantirish to'liq yoki qisman bo'lishi mumkin. Umuman bemor 1 sutkada 3000 kkal energiya olishi kerak. Potensial oziqlantirishda kaloriyani yetarli hosil qilishda dekstroza va yog'li emulsiyalar qo'laniladi. Plastik xususiyatini yaxshilashda oqsilli gidrolizatlar aminokislotali aralashmalar ishlatiladi. Transfuziya qilinadigan tartib taxminan 3000 kkal uchun quydagicha bo'ladi: oqsilli gidrolizatorlar -500ml, soyali CO<sub>2</sub> va dukkakli yog'lar+ trigilitsiritlar -500ml, 20% dekstroza eritmasi-200ml. Dezintoksikatsion davolash- bu davolashning maqsadi toksinlarni bartaraf qilish va qonga tushadigan toksik moddalarni kamaytirish. Bu masalani hal qilishda erta o'tkaziladigan operatsiyaning ahamiyati katta. Bunda yalig'langan o'choqni ochish, yiringni olish sanatsiya qilish, nekrektomiya o'tkazishni erta tashkil qilish kerak. Nekrektomiya xirurgik usulda qilinadi, sanatsiya maxsus antiseptik suyuqliklar bilan o'tkazishadi. Ayrim holatlarda fizik usullar (lazer, UTT) yoki kimyoviy usul- proteolitik fermentlar qo'llaniladi va bo'shliqqa drenaj orqali yuvish tashkil qilinadi. Qator kasaliklarda-yiringli plevrit, yiringli artritlarda,

yiringli ekssudatlarni punksiya yordamida drenaj qo'yilib aktiv aspiratsiya qilinadi.

Vaholanki shuni aytish zarurki, bir lahzali yiringli o'choqlarni sanatsiya qilish hamma vaqtda ham yaxshi natija bermaydi. Chunki yiringli holat va to'qimalardagi nekrotik holatlar davom etishi mumkin, shuning uchun biz oxirgi yillarda katta yiringli holatlardan etapli nekroektomiyalarni o'tkazish xulosasiga keldik. Oshqozon-ichak tizimidan intoksikatsion maxsulotlarni enteral yo'l-nazogastral, nazointersistial drenajlar orqali, tozlovchi xuqnalar, sifonli xuqnalar va har xil interosorbsiya qiladigan sorbentlar (aktivlashgan ko'mir) orqali tozalash mumkin. Umuman organizmda rivojlangan toksemiya holatini ikinchi yo'l bilan bartaraf qilish mumkin- organizimni detoksikatsiya qilish tasirini o'tkazuvchi (enterakorparal detoksikatsiya) usul, va ikkinchi ekstrakorparal-qonni organizmdan tashqarida, plazma, limfa, suyuqligini ham maxsus sorbentlardan o'tkazib yoki toksinlarni filtrdan o'tkazilish yo'lidir. Intropartsiyal yo'li buyraklarni filtratsion funksiyasidan foydalangan holda ularning faolligini ajratish xususiyatini ko'tarishi: diurezni yaxshilash, oshqozon ichak tizimi harakatini tiklash, toksinlarni kamaytirish maqsadida qonni suyultirish (gemodilyuziya) qon o'rmini bosuvchi moddalar - dezintoksikatsion tasir qiluvchi suyuqliklarni qo'llash kerak. Demak eng muhim dezintoksikatsiya qiladigan usul bu infuzion davolash hisoblanadi. Bu usul - asosan qonni suyultirish, toksinlarni birlashtirilgan holda buyraklar orqali organizmdan chiqarishga asoslangan. Infuzion moddalar qatorida asosan elektrolitlar eritmalari (poliionlar suyuqligi) dekstroza, dekstran (o'rt.mol.mas. 30.000-40.000) va dezintoksikatsion ta'sir qiluvchi qon o'rmini bosuvchi suyuqliklar qo'llaniladi. Biz bu to'g'risida oldingi bobda keltirganmiz. O'gir yiringli - yallig'lanish kasalliklarida tezlashtirilgan diurez o'ta muhim hisoblanadi. Bu oson va oddiy usul bo'lib tabiiy yo'llar bilan toksik moddalarni chiqarishda buyraklarning konsentratsiyalash va ajratish funksiyasiga tayangan holda qo'llaniladi.

Tezlashtirilgan diurez avvalo qonni suyultirish (gemodilyutsiya) va buyraklarning ajratish qobiliyatiga asoslangan. Buyraklarning konsentratsiyalovchi - ajratish funksiyasini stimullash maqsadida transfuzion moddalar quyish ular yetarli darajada gemodilyutsiya qilinadi. Ana shu maqsadda kristalloidlar eritmasi past molekular dekstranlar, agar gipovolemiya holati bo'lsa oldindan oqsilli qon o'rmini bosuvchi suyuqliklar quyish kerak. Oldindan quyiladigan suv

yuklamasini beradigan 1000 ml Renger-lokk eritmasi, 500 ml 3% li gidrokarbonat natriy va 400 ml dekstran (o'rt mol mas 30.000-40.000) suyuqligi quyiladi. Shulardan keyin diuretiklar – mannitol 1-1.5 g/kg dozada yoki furasemid (40-80 ml) – quyish davom etiladi. 5% li dekstroza 1000-1500 ml va oqsilli moddalar ( qon plazmasi, albumin, oqsilli gidrolizatlar) – 1000-1500 ml. Bemorlar hammasi bo'lib 4000-5000 ml suyuqlik oladilar va 3000-4000 ml siydik chiqaradilar. Ana shu holat siydik qopiga qo'yilgan drenaj nay orqali ( quyilgan suyuqliklar ham hisoblanadi) ajralgan siydikning har soatdagi miqdori hisobga olinadi 300-400 ml/soat bo'lish kerak.

Tezlashtirilgan diurezni to'g'ri o'tkazilganligini tekshirish uchun kuzatiladi: elektrolitlar muvozanati, oqsillarning organizmdagi balansi, kislota-asos holati (KAH), qoldiq azot miqdori va markaziy venoz bosimi (MVB). Transfuzion moddalar tarkibiga kaliy xlorid (40-60ml 10% li eritmasi, natriy xlorid- 50 ml 10 %li eritmasi), kalsiy xlorid (30 ml 10 % li eritmasi) 1000-1500 ml 5 %li dekstroza suyuqligi bilan birga qo'llaniladi. Kerak bo'lsa tezlashtirilgan diurez har kuni bir necha sutka davomida o'tkazilishi mumkin.

**Plazmoferez.** Qonni sentrifuga yordamida plazmasini ajratish va bir vaqtning o'zida toksinlarning ham olinishiga asoslangan usulda. Qonning shakli elementlarini qon tomirlarga qaytarilgan. Bir vaqtda 1000 ml plazma ajratilgan uni o'rni donordan olingan albumin va plazma transfuziya qilish bilan to'ldiriladi. Plazmoferez bilan toksik moddalar, nekrotik tanachalarni, polipeptidlarni, proteolitik fermentlarni immun komplekslarni chiqarib tashlash mumkin.

**Gemosorbsiya.** Ko'mirli sorbentlar va rolikli nasos qo'llashga asoslangan. 1 seans gemosorbsiyada 10 litrgacha qonni sorbsiya qilish mumkin. Sorbentlar kolonkasida 2 marta qon o'tadi va qisqa vaqt ichida tezlik bilan ancha effektiv holda qondagi toksik moddalar : kreatinin, bilirubin, mochevina, konsentratsiyasini pasaytiradi. Pastroq sur'atda o'rtacha molekuladagi moddalar konsentratsiyasini kamaytiradi. Gemosorbsiyasini manfiy tomonlaridan sorbentlar, oqsillar va elektrolitlarni o'zida yutadi va leykotsitlar, eritrositlarni, trombositlarni yemiriladi.

**Limfosorbsiya**– bu usul bilan tayanchli detaksikatsion effekt olish mumkin. Buning uchun ko'krak limfa yo'lini drenajlaydi va limfa olinadi. Limforobsiya natijasida ko'rinarli darajada mochevina, kreatinin, bilirubin, nekrotik tanachalar, proteolitik fermentlar konsentratsiyasi

pasayadi. Vaholanki limfosorbsiya paytida tabiiy limfositlar yo'qoladi, buni natijasida organizmning immun reaksiyasi pasayadi.

**Gemofiltratsiya va gemodializ**– yarim o'tkazgich membranalar orqali qonni o'tkazib toksik moddalarni qondan chiqarishidir, shuning bilan birga bemorlarning inaktiv qonni – plazmasini, shakli elementlari saqlab qoladi. Bu usuldan keyin qonning plazmasini to'ldirish hojati qolmaydi.

**Gemodializga** qaraganda gemofiltratsiyada keng spektrdagi toksinlar qondan chiqariladi. Gemodializ (sun'iy buyrak) - buyrak yetishmovchiligida toksinlarni qondan chiqarish uchun qo'llaniladi. Surunkali buyrak yetishmovchiligida bu usul qayta ko'p marta ishlatilishi va metabolism mahsulotlarini chiqarishda foydanilladi.

Davolash davomida qonda yig'ilib qoladigan toksik moddalarni xarakteriga qarab – intra- ekstrakorporal detoksikatsiya usulini kombinatsiya holatida qo'llash mumkin.

**Immunoterapiya**- organizmning infeksiyalar bilan kurashishda muhim ahamiyatga ega. Nomaxsus va maxsus immun himoya faktorlari hisoblanadi. Bu faktorlar qonni plazmasida bo'lib retikulo endotelial hamda, plazmatik hujayralar tomonidan ishlab chiqiladi. Hozirgi kunda immunoglobulinlarni (mikroblarni yopishtirish va cho'ktirish) bakterial hujayralariga ta'sir qilish mexanizmi yaxshi o'rganilgan. Yana fagositoz – makrofaglarning mikroblarni yo'qotish faoliyati ham fanda aniqlangan.

Immunoterapiyaning og'ir yiringli –yallig'lanish kasalliklarida immun tizimida aniq o'zgarishlarni hisobga olingan holda qo'llanilishi effektli ekanligini maxsus laboratoriya testlarida aniqlangan.

Organizmning antiinfeksiya rezistentligini (chidamliligini) fagositoz ko'rsatkichlari orqali bilish mumkin. Uning yuqori darajda ekanligini organizm rezistentligining yaxshiligini ko'satadi. Agar fagositoz – susaysa bu yomon ko'rsatkich emasligi belgisidir. Fagositoz ko'rsatkichining normal holati: fagositozlar soni (indeksi) 2.5-4.0, fagositlar faolligi 72.8 +/- 1.5 %

### **Zardobning bakterial faolligi**

Qonning bakterial faolligi normada 80-100 %. Bu ko'rsatkich davolashni boshlaguncha obyektiv hisoblanadi, agar antibiotiklar qo'llanilgandan keyin antiinfeksion rezistentligi holatining haqiqiy ekanligini ko'rsata olmaydi.

Organizmning (antiinfekcion rezistentligi) immunologik reaktivligini muhim ko'rsatkichi qondagi T va B miqdori, immunoglobulinlar ( Jg) dir. Qondagi limfositlarning faol sathi – 10.6 ml. T limfositlarning normadagi ko'rsatkichi 50-80 % va 700-1920 hujayra 1 mkl. bu limfositlar – 13-30 % va 210-810 hujayra 1 mkl.da; limfositlarning blast transformatsiya tarkibi 1000 hujayra: LgG 14+- 3.4 g/l, LgA -2.55+-0.5 g/l, LgM – 1.5+-0.4g/l. Ana shu ko'rsatkichlarning pasayishi yomon belgi davolash davrida ko'rsatkichlarning ko'payishi davolashning effektivligi, immun reaksiya normal holatda ekanligini ko'rsatadi. Ko'rsatkichlarning umuman buzilishi immun reaksiyaning yomonlashuvi yuzaga chiqadi.

Immunokorreksiya xususiyatiga ega - bu leykotsitar massa hisoblanadi, organizmga 150-300 ml dozada har 3-4 kunda hammasi bo'lib 4-6 marta quyiladi. Donor qoni va leykotsitar massasi qo'llanilganda hujayra immun tizimi faolligiga erishish mumkin, ammo uning ta'siri kam chidamli va uzoq vaqtga yetmaydi. Ko'p chidamli va uzoq vaqt ta'sir qilish effektini olish uchun aktiv va passiv immunizatsiya moddalarini kombinatsiya holatida ishlatilganda olish mumkin. Aktiv immunizatsiya timus bezi moddasi – passiv immunizatsiya leykotsitar massa bo'lib uni to'ldiruvchi davolash maqsadida qo'llaniladi.

**Immun preparatlariga** – giperimmun plazma (antistafilakokk, antiprotey plazmalar), odam qonidan olingan maxsus gammaglobulin va mikroblar toksiniga qarshi antitela (stafilokokkga qarshi, qoqsholga qarshi) gammaglobulin, immunoglobulin (odamning) JgG +LgA+LgM. Bundan tashqari hayvonlardan olinadigan giperimmun zadob (gangrenaga qarshi va qoqsholga qarshi) sivorotkalari ham qo'llaniladi. Organizmning immun reaksiyasini stimulyatsiya qiladigan moddalar – levomizol, interferon, prodigiazonlar ham yaxshi effekt beradi.

Maxsus antitoksik immunitet hosil qilishda profilaktika maqsadida stafilakok, qoqshol anatoksinlari ishlatiladi. Immunologik reaktivlikni stimulyatsiya qilish uchun – yangi tayyorlangan qon va detoksikatsion terapiya ishlatiladi.

Limfositlarning mo'tadil holatini davriy ravishda leykotsitar massa va yangi tayyorlangan qon quyish bilan ta'minlash mumkin.

T – limfositlarning past darajasida va uning faolligining pastligida ko'rsatkich bo'lib sog' odamlardan tayyorlangan leykotsitar massa yoki rekong'ovesent- preparatlari timus bezi va levomizol yoki interferon quyilishkerak.

Giperimmunplazma, sivorotka, maxsus immunoglobulinlar –B limfositlarning pasayishida immunitetning gumoral faktorlarini quyishga ko'rsatma bo'ladi. Bunda albatta etiborga olish kerakki passiv immunizatsiya shaxsiy immunoglobulinlar sintezini pasaytiradi, shuning uchun passiv va aktiv immunizatsiya qo'shma o'tkazilishi kerak. Immun reaksiyaning organizmda buzilishi ya'ni allergik reaksiyalarning paydo bo'lishi qonda SIK (Sirkulyatsiyadagi Immun Kompleks) preparatini ishlatish kerak.

Yiringli yallig'lanish kasalliklari og'ir bo'lgan bemorlarni sepsis bilan immunoterapiya o'tkazishda albatta yordamchi va stimulyatsiya qilinadigan maxsus va nomaxsus terapiyalar qo'shma bo'lishi kerak va doimiy organizmdagi immun statusini nazorat qilishi kerak.

### I. Teri va teri tagi to'qimalari infeksiyalari

Bemorlarning yumshoq to'qimalardagi infeksiyalar bilan birlamchi statsionarlarga murojaati 70% ni tashkil qilmoqda. Bu holat xirurglar oldida juda katta ma'suliyatni talab qiladi. Eng avvalo infeksiyon holat borligini aniqlash, etiologik sabblarini, qanday chaqiruvchilar ekanligiga baho berish kerak. Shu ma'lumotlatni aniqlab to'g'ri diagnoz qo'yish, adekvat davolashni tashkil qilish, albatta operativ davolash tartibini tanlash, antibakterial terapiya va albatta kasallik qanday natija bilan tamom bo'lishini aniqlash lozim.

Yumshoq to'qimalarga- teri, teri tagi to'qimalari, fassiyalar va mushaklar kiradi. Teri ikki qavatli strukturadan- yuzaki ektodermal epidermis va ichki qo'shuvchi to'qimadan iborat qavat-xususiy dermadan iborat. Derma qavati bo'linadi: -so'rg'ich va to'rqavatlardan tuzilgan. Epidermis va derma bir biri bilan qattiq yopishgan bo'lib, 1,5-4mm qalinlikdadir. Teri tagida teri tagi to'qimalari mavjud.

Terida- ter bezlari, sochlar, yog' bezlari va tirmoqlardan iborat. Infeksiyalar bu tuzilmalarda tez tarqaladi va chuqur to'qimalarga o'tishi mumkin.

Terining qon bilan ta'minlanishi. Terida asab tolalari, qon va limfa tomirlari bor. Teriga arteriyalar teri tagi to'qimasi arterial chigallaridan fassiya va derma chegarasidan keladi. So'rg'ich va to'r qavatlariga arteriya shoxobchalari so'rg'ich osti tarmoqlaridan kapillyarlar orqali keladi. Vena qon tomirlari arterial tomirlarini kuzatgan holda arterio-venoz shuntlar hosil qiladi. Teri limfa tomirlari arteriolalarni kuzatgan

holda bo'lib, teri tagida limfa chigallari hosil qiladi va bir nechta klapanlari paydo bo'ladi, dermadagi limfa tomirlarda klapanlar bo'lmaydi. Har qanday infeksiya o'choqdan (dermadagi) chuqurga tarqalishi mumkin-eritema, shish, sellyulit berishi mumkin. Yanada chuqurroq ketganda fassiit rivojlanib, teri tagi to'qimasi va terida nekroz paydo bo'lishi mumkin.

**Teri tagi to'qimasi va fassiya.** Hamma qo'shuvchi to'qima tolalaridan iborat tanada qavat-fassiya deb ataladi. Fassiyalar yuzaki, chuqur va subseroz qavatlariga bo'linadi. Chuqur fassiyalar asosan mushaklarni yopib infeksiyalarning tarqalishiga to'siq vazifasini bajaradi. Yuzda va kallada chuqur fassiyalar bo'lmaydi, shuning uchun yuzdagi va kalladagi yiringli holat tez tarqalib ketadi.

**Skelet mushaklari.** Ko'ndalang-targ'il mushaklar uzun yadroli mushak tolalaridan iborat, ular sarkolemmalar bilan yopilgan. Mushaklarning qon bilan ta'minlanishi yuqori. Har bir mushak tolalariga bir necha qon kapillyarlari kelishi mumkin. Yurak mushaklaridan farqi shundaki limfa tomirlari mavjud bo'lib, endolizin joylashgan, tana mushaklarida katta qo'shuvchi to'qimalardan iborat elementlar bor.

**Terining mikroflorasi.** Teridagi bakteriyalar soni shaxsiy gigiyenaga, atrof muhitning ta'siriga, tanadagi endokrin o'zgarishlarga bog'liq. Eng kam bakteriyalar ochiq- quruq hamda terining kam sohalarida-qo'llarda va yuzda uchraydi. Qo'ltiq, oraliq, burun teshiklarida, barmoqlar orasida (oyoqlarda) sohalarida harorat baland bo'lib, nisbiy namlik baland bo'lganligi uchun bakteriyalar kolonizatsiyasi ko'payadi. Terida doimiy nisbatan stabil va doimiy o'zgarib turidigan mikroflora mavjud. Ular tashqi muhitdan tushib, vaqt o'tishi bilan o'zgarib turadi. Stabil turadigan mikrofloralarga difteroidlar va stafilokokklar kiradi. Bular teridagi yoriqlarda va soch follikularida himoya qilingan holda bo'ladilar.

Difteroidlar grammusbat va harakatsiz tayoqcha. Aeroblar va anaeroblar bo'lishi mumkin. Aeroblar yog' bezlari atrofida joylashib difteroidlarning ayrim turlari patogen hisoblanadi. Ular tizimli infeksiyalarni: endokarsitlar, limfadenitlar, vaginit, yiringli sepsisni, bakteremiya, gepatitlar, jigar va miya absessini chaqiradi.

Mikrokokklar oilasiga-stafilokokklar, mikrokokklar kirib terining doimiy komponenti hisoblanadi. St. Epydermitis-eng ko'p uchraydigan teri mikroflorasiga kiradi. St. Aureus terining doimiy rezidenti bo'lmasda burun bo'shlig'ida, qo'ltiqosti, oraliq va barmoqlar orasi

(oyoqlarda) sohasida doimiy uchraydilar. Burun yo'llarida 10-40% holatlatda uchraydi. St. Aureus-yumshoq to'qimalarning infeksiyon zaralanishlarining doimiy agenti hisoblanadi.

Streptokokklar-terining doimiy agenti bo'lib hisoblanmaydi. Grammanfiy bakteriyalardan Acinetobacterlar oilasiga kirib chov sohasi, qo'ltiqosti va bo'shliqlar orasi terilarida normal mikrofloralar tarkibiga kiradilar. Proteus terida kam kolonizatsiya bo'ladi.

Zararlanmagan teri infeksiyalarning o'tishiga juda mustahkam. Agar teri jarohatlanganda ayrim infeksiyalar o'tishi mumkin. Teri infeksiyalarining o'tishiga moyil bo'lib qolishida quyidagi sharoitlar kerak bo'ladi: mikroorganizmlarning yuqori konsentratsiyasi va terining shox qavatining jarohatlanishi kerak.

Teri infeksiyasining rivojlanishida shartli teri patogen mikroorganizmlar bilan chaqiriladi.

Yumshoq to'qimalarning xirurgik infeksiyalari teri jarohatlanishi tasnifi.

Bu tasnifni D.A Ahrenholz taklif qilgan.

I sath-haqiqiy terining o'zi jarohati.

II sath- teri tagi to'qimasining jarohati.

III sath-yuzaki fassiyaning jarohati.

IV sath- mushaklar va chuqur fassiyalarning jarohati.

Birinchi sath jarohatlanishiga furunkul, furunkulyoz, saramas yallig'lanishi va erizipiloidlar kiradi. Ikkinchi jarohatlanish sathiga - karbonkul, hidrogenit, abscess, sellyulitlar kiradi. U ikkinchi jarohatlanish sathiga - karbunkul, gidrogenit, abscess, sellyulitlar kiradi. Hozirgi zamonda bacterial infeksiyalarning asosan fascial qatlamlarda o'tishini hisobga olgan holda III sathni umumiy ifodalayotgan nekrozlashgan fastsiitlar deb ataydilar. IV sathga kiradigan infeksiyalarni piomiozitlar: yani mushaklar qini infektsiyalari (bel va qorinning to'g'ri mushaklari abscesslari) hamda klostridial va noklostridial mionekrozlar kiradi.

**Follikulit (folliculitis)** – soch qopchasining yiringli yallig'lanishi follikulit deyiladi. Yakka va ko'p sonli jarohatlanishlari mumkin. Ular tananig xoxlagan joyidagi teri qoplamasida, asosan qayerda uzun sochlar bo'lsa va yaxshi qalin bo'lsa ko'proq follikulitlar uchraydi.





**6-Rasm. Follikulit.**

**Etiologiyasi va patogenezi.** Follikulitlarning rivojlanishida asosan stafilokokklar sababchi bo'ladi. Mikroblarning soch qopchasiga kirishiga asosiy faktor ular mahsulotining chiqib ketishining buzilishi sabablidir. Follikulitning rivojlanishida shamollash, avitaminozlar, surunkali kasalliklar va modda almashinuvining buzilishi natijasida yuzaga chiqadi.

**Klinik belgilari va diagnostikasi.**

Follikulitga hos klinik belgi: konussimon shishli hosila teri ustida hosil bo'ladi uning o'rtasida soch joylashgan. Shish atrofida qisqa giperimiya paydo bo'ladi. Paypaslab ko'rilganda katta bo'lmagan infiltrat aniqlanadi. Yiringlash holati tamom bo'lgandan keyin infiltratning tepasida yiringli qoplama paydo bo'ladi, keyinchalik bu qoplama o'zi tushib ketadi. Mayda ko'kimtir qizg'ish rangli dog' paydo bo'ladi.

**Davolash.** Har xil vanna, follikulalarni ho'llash mumkin emas. Gigiyenik qoidalarni buzmaslik, o'sha o'choq atrofini 2 %li sallitsil spirti bilan artish, sochni kalta qilib qirish kerak. Follikulani steril igna bilan teshiladi va yod, spirt bilan artiladi. Bordiyu bemorda shu holat ko'p qaytarilsa, surunkali holatda o'tsa antibiotiklar, vitamino-immunoterapiyalar qilinishi maqul. Fizioterapevtik muolaja: UFO - nur berish, elektroforez mumkin.

**Furunkul (furuncul)**—soch folikulalarini o'tkir yog' bezlarining, va atrof teri tagi yog' to'qimasining o'tkir yiringli nekrotik yalig'lanishidir. Furunkulning eng ko'p uchraydigan lokalizatsiyasi bo'yining orqa qismi, tirsak, qo'l panjalarining tashqi yuzasi, yuz va son sohalari hisoblanadilar.

Agar ikkita va undan ko'p furunkullar bo'lganda furunkulyoz deyiladi. Furunkulyozni rivojlanishida mikrotravmalar: terini qashlash,

ko'pincha terida qichish bo'ladi va ayrim kasaliklar sababli bo'lishi mumkin.

**Etiologiya va patogenezi-** bu kasalikni asosiy chaqiruvchisi tillarang stafilakoklar hisoblanadi, kam holatlarda boshqa yiringli chaqiruvchi mikroblar bo'ladi.

Furunkulyozning rivojlanishida uning keltirib chiqaradigan faktorlar mavjud: qandli diabet, avitaminozlar, teri kasaliklari. Furunkul boshlanishida soch qopchasidagi pustuladagi mikroblar soch qopidan terini so'rg'ich qavatiga tarqaladi va yalig'lanish infiltrati paydo bo'ladi. Infiltrat markazida nekrotik o'choq- nekrotik tortish o'qi paydo bo'ladi va yiring yig'ila boshlaydi. Yiringning va nekrotik to'qima joyiga ko'chgandan keyin teridagi defekt granulyatsiya bilan to'ladi va qo'shuvchi to'qima hosil bo'ladi. Bemorlar kasalikning boshlanish paytida og'riqli, qattiqlashgan shish borligiga shikoyat qiladi. Yalig'lanish rivojlangan sari umumiy holsizlik tana harorati oshadi, og'riq bor joyda qattiqlashsh boshlanadi. Furunkul sohasidagi og'riq agar bosh qisimida, ensa, tashqi eshituv yo'lida, barmoqlarni tashqi yuzasida joylashganda og'riq sezilarli darajada kuchayadi.

**Kliniksi va diagnostikasi.** Kasalikning boshlanishida yalig'lanish joyida uncha katta bo'lmagan yiringli hosila paydo bo'ladi, atrof terisida giperemiya bo'ladi terida qattiqlashish, yiringli holatning rivojlanishi bilan teridan 1,0-1,5 sm katalikdagi shish yani infiltrat paydo bo'ladi. Atrof terisi qizaradi, ko'kimtir rangga o'tadi va infiltrat markazida qora rangli nekrotik qoplama paydo bo'ladi.



**7-Rasm. Furunkul.**

Nekrotik to'qima joyidan ko'chgandan keyin o'mida chuqur qon oqishga moyil yara hosil bo'ladi. Bu yarani 3-4 kun o'tgandan keyin

granulyatsiya yopib oladi va yara bita boshlaydi, qo'shuvchi to'qima o'sib chandiq paydo bo'ladi.

Ayrim holatlarda furunkul atrofidagi qattiq infiltart yumshaydi uni ko'p bo'lmagan sarg'ish rangli yiringli ajralma chiqa boshlaydi. Bu klinik belgi absesslashgan furunkulga hosdir. Shish atrofidagi terida qizil rangli yo'lchalar paydo bo'lishi- limfangayitning boshlanishidir. Agar palpatsiya qilinganda regonar limfatik tugunlarning kattalashishi aniqlansa- limfadenit boshlanishidan darak beradi. Furunkulni yuqori labda yuzida paydo bo'lganida bemorlarda bosh og'rigi, tana haroratini ko'tarilishi, holsizlik, yuz venalarida tromboz boshlanganidan bir belgisidir. Ko'pincha furunkulni shunday lokalizatsiyalaridan yiringli meningit-yuzdagi venalar orqali yiringli moddaning miya pardalaridagi sinuslarga borishidir. Ko'pincha bunday bemorlarda sinus trombozlari rivojlanib, hatto o'limga ham olib kelishi mumkin. Unung asosiy belgilari varaja, kuchli terlash, sandirash, hushining tumanlashuvi, teri qoplamasining oqarishi, hushidan ketib komaga tushishi mumkin. Bu klinik belgilar sepsis asoratining paydo bo'lishidir.

**Davolash.** Furunkulni davolash asosan konservativ usulda o'tkaziladi. Ko'pincha bemorlar furunkulni qisib ayrim hollarda markazidagi qora qoplamasini o'zlaricha kesish, issiq ushlovchi kompressorlar qilishi man etiladi. Kasallik boshlanishda terisi 70 % li etanol suyuqligi bilan yoki 2 % li salitsil spirti bilan ishlanadi. UVCh terapiya o'tkazish mumkin. Furunkulni xirurgik davolab, ular ochilgandan keyin antiseptik suyuqliklar bilan yuvib gipertonik eritma, proteolitik fermentlar bilan aralashma holda mahalliy bog'lam qo'yiladi. Bog'lamlar paytida UFO- nurlar ham ishlatiladi. Nekrotik to'qima batamom ko'chganidan keyin levamikol, oflodemit kabi moylar bilan bog'lam qo'yish mumkin. Bordiyu absesslashgan furunkul bo'lganda va yuz sohasida joylashganda albatta antibiotiko terapiya o'tkazilishi kerak. Furunkul yuzda, lablar sohasida bo'lganda ularni xirurgiya bo'limida, yaxshi yuz - jag' xirurgiya bo'limida statsionar sharoitida davolash zarur. Agar ahvoli ancha og'ir bo'lsa, qandli diabet kasalligi, avitaminoz, topilganda antibiotiklar, antistafilakokk anatoksinlar tavsiya etiladi.

**Karbankul (karbunculus).** O'tkir yiringli teri yallig'lanish kasalligi bo'lib, bir nechta soch qopchalari, yog' bezlarining infiltrat va terida nekroz hosil bo'lishi bilan teri tagi to'qimalarida tromboz hosil qilib tarqalishidir.

**Etiopatogenezi.** Asosiy chaqiruvchisi – tilla rangli stafilokokklar, ozroq miqdorda streptokokklar, ayrim holatlarda aralash(stafilokakk va streptokokklar) bo'lishi mumkin. Karbonkulga olib keluvchi faktorlardan avitaminozlar, qandli diabet hisoblanadi. Karbonkulni asosiy loklazitsiyasi- bo'yinni orqa yuzasi yuqori va pastki lablar, yelka va bel sohalari. Kasallik paydo bo'lishi uning bir nechta soch qoplarini, yog' bezlarini qamrab olishi bilan boshlanadi. Keyinchalik qon aylanishni buzilishi mahalliy tromboz hosil bo'lishini terida nekroz, teri dagi to'qimarlida, chuqur joylashgan qavatlarga tarqalishi bilan davom etadi. Nekroz bilan birga yiringlar erib ketishi bilan soch qopchalarida yiring ajrala boshlaydi. Nekrotik to'qima oz joyidan ko'chgandan keyin chuqur yaralar hosil bo'ladi va ikkilamchi tortilish bilan bitadi.

### **Kiliniq belgilari va diagnostikasi**

Bemor kuchli og'riqqa og'riqli infiltratga tana haroratini ko'tarilishiga umumiy holsizlik, ishtahaning yo'qligi va bosh og'riqqa shikoyat qiladi. Anamnezini aniqlashda qandli diabet, avitaminoz har xil ariqlashlar borligi aniqlanadi. Bemorni tekshirish paytida yiringli belgilardan(tana haroratini ko'tarilishi pulsning tezlashishidan tashqari) bo'yin sohasidan ko'kimtir shish borligi aniqlanadi. Bu holatning boshlanishida bir necha shunday shishlar qo'shib katta shish paydo bo'lib terida ancha ko'tarilib turadigan katta infiltrat paydo bo'ladi. Bu shishning o'rtasida ko'k qoramtir rangli bir nechta pustulalar paydo bo'ladi. Bu hosil bo'lgan yiringli shishlar - pustulalar keyinchalik qo'shib katta nekrotik infiltrat hosil qiladi. Ulardan bir nechta mayda yaralar hosil bo'lib yiring oqa boshlaydi. Infiltrat konsistensiyasi qattiq, o'griqli, ularning atrofida katta shish aniqlanadi.



**8-Rasm. O'ng kurak sohasi karbonkuli.**

Regionar limfa tugunlari kattalashadi ( limfadenit), ayrim holatlarda limfangit topiladi. Nekrotik to'qimaning o'zi yorilishi natijasida katta bo'shliq oqish-ko'kintir qoplama bilan yopilgan bo'lib ko'p miqdorda yiring ajraladi. Bemorda intoksikatsiya sindromlari taxikardiya, bosh og'rig'i, holsizlik bilan birga kuchli varaja, ko'p ter oqish limfangit, limfadenit, tromboflebit, rivojlanishi karbonkulni noxush oqimi bo'lib, flegmona sepsis rivojlanishidir. Agar karbonkul kishini yuz qismida bo'lganda meningitning rivojlanishi xavfi balandir. Karbonkulni shu xolatda kuydirgi kasalligi bilan diferensiyallash kerak. Kuydirgi kasalligiga hos gemoraggikpufakchalar hosil bo'lib yiringli ajralma bo'lmaydi infiltrat og'riqsiz to'qimalarda qattiq shish nekrotik to'qima atrofida qora rangli pufakchalar bilib gemorragik modda borligi aniqlandi. Agar shu modda tahlil qilinganda sibir yarasi tayoqchasi kuydirgi kasalligi aniqlanadi.

**Davolash.** Karbunkulning boshlanish davrida konservativ davolanadi agar karbonkul yuz sohasida bolganda albatta statsionar davolash kerak. Ularga suyuq oziq ovqat tavsiya qilinadi. Karbunkulda 70% etanol bilan aseptik bog'lam qo'llaniladi, UVCh davolash buyuradi. Parenteral antibiotiklar per oral sulfanamidlar(uzoq tasir qiluvchi) buyuriladi. Qandli diabeti bor bemorlarda albatta umumiy modda almashinuvi buzilishini korreksiya qilanadi, insulin terapiya yalig'lanish infiltrati nekroz hosil bo'lishni pasaytiradi. Konservativ terapiya 2-3 kun ichida yaxshi natija bermasa, nekroz kuchaysa yiringli infiltratsiya operativ davolashga ko'rsatma hisoblanadi. Operatsiyani narkoz ostida o'tkazib hoj simon kesma bilan fastiyagacha ochiladi, hamma nekrotik to'qima kesib olinadi, teri batamom tozalaniladi. Karbunkulda qon oqishi deyarli bo'lmaydi, chunki hamma tomirlar tromboz holatda bo'ladi. Karbunkul ochilgandan keyin antiseptik suyuqliklar bilan sanatsiya qilinadi, NaCl ni eritmasi bilan proteolitik fermentlar aralashtirib bog'lam qo'yiladi. Oxirgi yillarda bunday yiringli yaralar ochilgandan keyin maxsus alarshmalar (levamikol moyi+ dermobakter suyuqligi aralashmasi yoki levamikol + lorinden aralashmalari, amitsil, afserbin suyuqligi bilan) yog'li boglamlar ishlatiladi.

**Gidroadenit (hidroadenitis)**- bu apokrin ter bezlarining yiringli kasalligidir.

**Etiologiyasi va patogenezi.** Hidroadenitning asosiy chaqiruvchi mikroblari- tilla rang stafilokokklardir. Ular ter bezlarini yo'llari orqali kiradi. Uning kelib chiqishiga sababchi bo'lgan faktorlar shaxsiy

gigiyenasining buzilishi terlashning kuchli bo'lishi, terining ifloslanishi, dermatit, ekzema. Bemorlani tekshirganda- qo'ltiq ostida kam holatlarda chov sohasida yoki perianal sohalarda (apokrin bezlari bor) mayda shishlar borligi aniqlanadi. Ko'pincha unga olib keluvchi faktorlar aniqlanadi. Kasallik o'tkir boshlanadi, mayda tugunchalarda o'griq, ular 1-2 sm kattalikda bo'ladilar, teridan balanda ko'rinadi. Bir nechta ter bezlarining jarohatlanganda ular qo'shilib ketishi mumkin anashu holatda qo'ltiq ostida katta infiltrat hosil bo'ladi 10-15 kun o'tgandan keyin shish yumshagan infiltratda flyuktuatsiya aniqlanadi va ular yorilib qaymoqsimon yiring chiqa boshlaydi.



**9-Rasm. Hidroadenit.**

Yiring tamom bo'lgandan keyin yana chandiqlik hosil bo'lib yopiladi. Bu kasallik ko'p retsidiv beradi. Hidroadenitning furunkuldan farqi infiltratda pustulalar va markazida nekrotik to'qima bo'lmaydi. Qo'ltiq osti limfadenitda infiltrat chuqur joylashgan limfa tugunlari kattalashgan, ularning bir biri bilan birikib shish hosil qilish belgilari bo'lmaydi.

**Davolash** - hidroadenitni davolashda antibiotiklar sulfanilamidlar qo'llanilmaydi stafilokokk anatoksini bilan immunizatsiya qilinadi. Qo'ltiq ostidagi junlar qiriladi, 3 % brilliant ko'ki, spirt bilan artiladi. Yana UF-nuri, UVCH toki ishlatiladi. Hidroadenit abscesslashganda xirurgik davlash-abscessni ochish, yiringni olish o'tkaziladi. Agar hidroadenit uzoq davom etadi va davolash yaxshi effekt bermasa sepsis asorati bo'lganda qo'ltiq ostida to'qima batamom kesib olinadi.

**Abscess: yiringli bo'shliq (abscessus)** - Har xil to'qimalar va a'zolarining yiringli jarohati bilan chegaralangan yiringni to'planashidir. Empiemalardan farqi shuki yiringni yig'ilishi tabiiy bo'shliqlarda yoki

ichi bosh a'zolarida yig'iladilar. Abscesslar bo'yinda, ko'ks oralig'ida, qorin parda orqa boshlig'ida, chanoq boshligida va ayrim a'zolarida, o'pka-jigarda bo'lishi mumkin.

**Etiologiya va patogenezi.** Kelib chiqish sababi yiring chaqiruvchi mikroblarni teri tagiga kirishi. Mikroorganizmning ayrim jarohatlar yoki har xil o'tkazilgan manipulyatsiyalar (sanitar gigena qoidalarini buzgan holda) orqali kirishlari mumkin. Bularni chaqiruvchilar stafilokokklar, assotsatsiatsiyasi, ichak tayoqchasi, streptokokklar, bakteroidlar hisoblanadi. Organizmda ekzogen har xil infeksiyalardan keyin va endogen yo'li - sepsislarda, ayrim ichki kasalliklarda o'tkir yiringli kasalliklarda uchraydi.

To'qimalarda rivojlangan yiringli yallig'lanishlar to'qimalar erishiga va nekroz hosil bo'lishiga olib keladi. Nekroz bo'lgan to'qimalar keyin uzulish beradi - sekvestratsiya yuzaga chiqadi. Sekvestorlar keyinchalik fermentlar yordamida erib ketadi va alohida to'qima bo'shliq ichida yiringli massa bilan hosil bo'ladi. Abscessni devori avvalo yiringli fibrinoz- qoplama bilan oralgan va ayrim to'qimalar bilan yopishgan. Keyinchalik uning yallig'lanish sohasi boshlanadi va qo'shuvchi to'qimadan iborat piogen qobiq hosil bo'ladi. Ana shu yiringli yoki aseptik yallig'lanish sababli hosil bo'lgan abscesslar har xil natijada sodir bo'ladi: spontan - holda tashqariga yorilishi (bo'shliqqa yorilishi yoki teshib o'tishi biror bo'shliqqa: plevra va qorin boshlig'iga, bo'g'im boshlig'iga) va har hil yiringli holatlarga olib keladi. Ana shunday holatlarda peritonit, plevrit, perikardit, artritlar rivojlanishi mumkin. Yiringli bo'shliqni tashqi muhit bilan aloqador bo'lgan a'zolarga o'tishi ham mumkin (ichakka, siydik qopiga). Agar ichidagi yiringli moddalardan bo'shalgan abscess bo'shligi batamom kichirayadi va yaxshi sharoitda tug'ulsa ular chandiqlanadi. Bordiyu to'liq yiringli moddalar chiqib ketmasa surunkali shakliga o'tadi va har xil oqimalar hosil bo'ladi.

**Klinik manzarasi va diagnostikasi.** Abscesslar yuzaki joylashganda terida qizarish, shish, o'griq, mahalliy harorat, funksiyasining buzilishi, flyuktuatsiya aniqlanadi. Yallig'lanish har xil maydonni egallashi mumkin. Abscess bo'shlig'idagi suyuqlik (konsistensiyasi, rangi, hidi) chaqiruvchi mikroorganizmlarning turini aniqlashda yordam beradi. Qo'lansa hidli, iflos oqish rangli ajralma yiringli chirish florasiga sariq ko'kimtir quyuc rangli yiring stafilokokka, ko'k yashil rangli hidini beruvchi ko'k yiringli tayoqchalarga tegishli hisoblanadi. Abscessning umumiy klinik belgilari: tana haroratini subfebrildan baland ko'tarilishi,

umumiy o'zini yaxshi his etmaslik, holsizlik ishtahaning yo'qligi. Periferik qonda netrafillyoz va leykotsitar formulani chapga silchishi ECHT ko'tariladi. Abscessning og'ir kechishida, intoksikatsiya belgilari bilan o'tkandatoksik moddalarni yiringli o'choqda so'rilishi bilan yiringli-rezorbativ lixoradka va sepsis rivojlanishi mumkin. Abscessni gematoma, kistalar, yemirilayotgan shishlar bilan differensiyallash mumkin, bunda diagnostik punksiya qilinib yiringli moddalarning topilishi chaqiruvchilarni aniqlab, antibiotiklarga tasirchanlikka tekshirish muhim hisoblanadi. Ayrim holatlarda abscess bo'shliqlarida gaz hosil bo'ladi. Perkussiya qilinganda ular ustida tempanik tovush eshitiladi, rentgen tekshirish o'tkazilganda abscess bo'shlig'ida gazpufakchalari aniqlanadi, garizontal suyuqlik sathi paydo bo'ladi

**Davolash.** Abscess bo'shliqni albatta xirurgik yo'l bilan ochish, yiringli moddalarni so'rib olish, qolgan bo'shliqlarni sanatsiya qilish va drenajlashdan iborat. Abscess bo'shlig'ini ochishda eng qisqa yo'lni tanlash, anatomik alohida xususiyatiga azolarning topografiyasiga ko'pochiq holatlarda punksiya qilinib shu igna yo'li bo'yicha ochiladi. Bo'shliqni batamom tozalanadi, sanatsiya qilinadi va drenaj qo'yiladi. Abscessni ochishda atrof muhitda ifloslashtirmaslik chora-tadbirlari qo'llaniladi. Qo'pol manipulyatsiyalar, iloji bo'lsa tarqalib yuborishdan holi bo'lishi uchun uni so'rib olish ma'qul. Drenaj qo'yishdan uning pastki qismidan qo'yiladi chunki yirningni oqib chiqisi yaxshilanadi.

Abscessni umumiy davolashda antibiotiklar, infuzion-transfuzion, immunoterapiya o'tkazilishi kerak.

**Flegmona (phlegmona)** - Teri osti to'qimasing o'tkir yiringli yaliglanishi bolib uning chegaralanishi xususiyati bo'lmaydi uning lokalizatsiyasi bo'yicha teri osti, mushaklar aro qorin parda orqa bo'shlig'i. Flegmonani ayrim lokalizatsiyasiga qarab yiringli paraproktit, paranefrit paraartikulyar flegmonlarga bo'linadilar.

Flegmona doimo tarqalib ketishi mumkin: to'qimalararo bo'shliqlarga, tomirlar o'rniga, fatsiyal qinlariga.

**Etiopotogenezi.** Flegmonaning asosiy chaqiruvchilari yiringli mikroblar (gram musbat, grammanfiy, anaerob, aerob) ko'proq-stafilokokklar streptokokklar entro bakteriyalar ichak tayoqchalari sababchi bo'ladilar. Amaliyotda ikkilamchi flegmonalar uchrab turadi: ostimieylitda, yiringli artiritda, piyelonefrit, paranefrit va boshqalar. Flegmona seroz infiltratsiyadan boshlanadi va asosan teri tagi to'qimasida joylashadi. Ekssudat tezda yiringli holatga, otadi nekroz bolgan joylar



paydo bolib keyinchalik ular bir biriga qoshilib ketadi, nekroz va teri tagi to'qimasi erib ketadi va absess hosil bo'lishga olib keladi, yoki flegmonaning absesslanishi boshlanadi. Flegmonada teridagi o'zgarishlar ularni chaqiruvchi mikrobgga bogliq: chirish va anaerob infeksiyalar to'qimalarning nekrozi va pufakchalar hosil bo'lishiga olib keladi. Har xil kokklar to'qimalarning yiringli erib ketishiga sababchilardir.

**Klinikasi va diagnostikasi.** Yiringli yaliglanish holatidagi klinik belgilari tana haroratining kotarilishi, darmonsizlik, umumiy xolsizlik, bosh og'rig'i. Flegmonalardagi mahalliy o'zgarishlar- hamma yiringlashga hos belgilar rivojlanadi. Bu to'g'risida biz oldingi yozilgan qisimlarda keltirdik. Palpatsiya qilinganda og'riqli qalinlashuv aniq chegarasi harakatsiz, silab korilganda mahaliy haroratga ega shish aniqlanadi. Regional limfa tugunlari kattalashgan shish atrofida qizil chiziqlar va limfangit belgilari paydo bo'ladi flegmona joylashgan toqimalar tashqariga bortib chiqadi. Palpatsiya payitida chuqur og'riqli infiltrat aniqlanadi. Agar flegmona qo'l va oyoqlarda joylashganda og'riqli bo'ladi, qo'l va oyoqlarning majburiy holati paydo bo'ladi. Punksiya qilinganda yiringning topilishi chuqur mushaklararo flegmonasi diagnozi qo'yiladi. (10 rasmda ko'rsatilgan) Amaliyotda taqasimon flegmona ham uchgraydi bu asosan boyinda terisi kokimtir rangda, infiltrat qattiq konsistensiyali bo'ladi. Infiltratda yiringlash belgisi umuman bo'lmaydi va uzoq davom etadi.



**10-Rasm. Chap oyoq panja va boldir flegmonasi.**

**Davolash.** Operativ davolanadi. Faqat boshlanish paytida konservativ davolanadi: to'shak rejimi, jarohatlangan qo'l oyoqlarga

tinchlik berish, antibiotikoterapiy, UVCh, elektroforez ximotripsin bilan qilinadi. Gilofli blokada ham yaxshi yordam beradi. Agar bu davolash natija bermasa holat yana rivojlanib borsa (12-24 soat muddatda) operatsiya bilan davolash qo'llaniladi. O'ng oyoq panja flegmonasini

**Saramas (erysipelas)** - terining o'tkir rivojlanuvchi yallig'lanish bo'lib juda kam holatda shilliq pardada uchraydi. Saramas – streptokokning har xil shakllari tomonidan rivojlanib, kontagioz kasalliklar. Antiseptika davrigacha bu kasallik gospihallarda yaralarning yagona asoratdan biri bo'lib hisoblanar edi. Hozirgi kunda buni kasalxona ichi kasalliklariga kiritish mumkin. Saramasni chaqiruvchi mikroflora teriga asosan limfa yo'li bilan kiradi. Gematogen yo'li bilan kirish kam uchraydi. Patogen streptokokklarning kirishi seroz yallig'langan o'choqlar orqali bo'lib bu terining turli qavatida joylashadi. Ekssudatda neytrofil leykotsitlar aniqlanadi, qon tomirlarda va limfatik kapillyalarda staz bo'ladi. Yalig'lanish holat eniga tarqaladi, yangi joylarga tarqala boshlaydi. Bunday o'zgarishlar saramasning erimatoz shaklida uchraydi. Yallig'lanish holatining rivolanishi bilan epidermisda deskvomatsiya bo'ladi va uning yallig'lanish ekssudati bilan parda bilan ajraladi, pufakcha hosil bo'ladi (saramasning bullyoz shakli).

Bu pufakcha ichidagi suyuqlik sariqroq rangdagi ekssudat bo'lib ayrim holatlarda yiring to'planishi, juda kam hollarda gemorragik eksudatga aylanadi. Terida rivojlangan yiringli holatning yanada rivojlanishi teri tagidagi to'qimaga tarqaladi va saramasning flegmona shakli rivojlanadi. Teridagi yallig'lanish holatining bundan keyingi rivojlanishi natijasida qon aylanishda tomirlarda tromboz bo'lib terida nekroz hosil bo'ladi- saramasning nektorik shakli paydo bo'ladi. Saramasning patogenezida allergik faktor ham muhim ahamiyati bor. Saramas retsidiv beradi, buning asosida organizmning sensibilizatsiya holati yotadi. Yiringlashning retsidivi teri tagidagi to'qimalarda skleroz paydo bo'lib, limfa almashhinuvida o'zgarishlar yuzaga chiqadi, limfostazga olib keladi va fil oyog'i paydo bo'ladi.

Fil oyog'i asorati birlamchi bo'lishi mumkin. Birlamchi ifloslanish endo – ekzogen manbalardan ham kelib chiqishi mumkin. Vaholanki saramasning ikkilamchi holatlarida ya'ni har xil yiringli yallig'lanishlarning asoratlari (masalan: furunkul, karbunkul, osteomielit) sabali rivojlanadi.

**Klinikasi va diagnostikasi.** Saramas kasalligi juda yorqin klinik belgilar bilan yuzaga chiqadi. Umumiy organizmning o'zgarishi mahalliy

simptomlarni yuzaga chiqishiga ta'sir qiladi. Bemorlarda o'zini noxush sezish, umumiy holsizlik, bosh og'rig'i kuzatiladi. Kasallik o'tkir holda o'tganda varaja tutish, kuchli bosh og'rig'i bilan boshlanadi. Taxikardiya, nafasning tezlashishi, tana haroratining ko'tarilishi 40-41 °C gacha ko'tariladi, umumiy intoksikatsiyaning ko'rinishida uyqusizlik, siydikning kamayishi, siydikda oqsil paydo bo'ladi, eritrositlar, leykotsitlar, gialin va silindrlar paydo bo'ladi., Qonda – leykotsitoz va neytrofilyoz, anemiya, eozinofillar soni pasayadi, sog'ayish boshlangandan keyin, neytrofilyoz kamayadi, eozinopeniya yo'qoladi, limfasitoz paydo bo'ladi. Ayrim holatlarda jigar va taloq kattalashadi.

Og'ir intoksikatsiya paytida markaziy asab tizimda o'zgarish bo'ladi, qo'zg'alish, bosh og'rig'i va hatto sandrash bo'lishi mumkin.

1. Eritematoz shaklida – qattiq achitadigan og'riq, terining jarohatlangan joyida og'riq, qizil rangli aniq chegaralangan ayrim holatlarda qirralari notekis chegaralar paydo bo'ladi. Ko'pincha yuzda, boshida va oyoqlarda uchraydi. Jarohatlangan yuzalarda geografiya kartasiga o'xshash belgi yuzaga keladi, jarohatlangan joylarda olov tiliga o'xshash manzara paydo bo'ladi. Terisi o'sha joylarda shishgan harorati baland bo'ladi.



**11-Rasm. Saramas eritematoz shaklida.**

2. Saramasning bullyoz shaklida eritematoz shaklidek bo'lib, pufakchalar paydo bo'ladi. Pufakchalar seroz suyuqlik, yiring yoki gemorragik eksudat bilan to'liq bo'lib ulardan tahlilga olinsa streptokokklar topiladi. Ekssudat juda zararli bo'lib, ulardan kontakt yo'li bilan yuqishi yuqori. Bu shakli 1-2 hafta davom etadi. Mahalliy

yallig'lanish tugagandan keyin epidermis tushib ketadi, shu joylarda sochlarni to'kilishi mumkin.



**12-Rasm. Saramas bullyoz shakliga o'tishi.**

3. Saramasning flegmanoz shaklida terida giperemiya, qichish, og'riq kamroq rivojlanadi, umumiy simptomlari qolgan shakllariga qaraganda kuchliroq yuzaga chiqadi. Bemorlarning umumiy ahvoli og'ir, taxikardiya, baland harorat, qaltirash kuzatiladi. Agar bemor yoshi ulug' va kuchsizlangan bo'lsa, flegmanoz shakli nekrotik shakliga o'tadi. Bu shakliga – terida nekroz paydo bo'ladi va mahalliy giperemiya, shish, pufaklar paydo bo'ladi. Lokalizatsiyasi bo'yicha flegmanoz shaklida alohida xususiyatga ega.



**13-Rasm. Saramas flegmanoz shakliga o'tishi.**

4. Yuzida bo'lganda shish, ko'proq qovoqlarda kuzatiladi. Boshning soch qismida bo'lganda katta miqdorda yiring, yiringli oqishlar, terining joyidan ko'chishi kuzatiladi. Saramasning bu shakli tanada bo'lganda og'ir intoksikatsiya bilan o'tadi. Jarohatlangan joylari tezda tarqaladi, yangi-yangi joylarga o'tadi, kasallikning emaklash turi boshlanadi. Undan tashqari ko'p jarohatlanganda ular orasida ma'lum masofalar paydo bo'ladi (migratsiya qiladigan shakli). Saramasning bunday o'tishi eritematoz va bullyoz shaklida uchraydi va ular asosan

qo'l oyoqlarda bo'ladi, ular limfadenit, flebit, tromboflebit asoratlarini beradi. Agar saramas qo'shuvchi to'qimalar siyrak joylashgan joylarda bo'lsa kuchli shish, qon aylanishining buzilishi bilan terida tarqalgan nekroz paydo bo'ladi (yorg'oq, qovoqlar). Saramas tez – tez retsidiv beradi ( 20-25%) oyoqlarda retsidiv bo'lganda limfostaz beradi va fil oyog'i asorati paydo bo'ladi. Saramasning tipik o'tishida diagnostikasi uncha qiyin emas. Ammo qari yoshdagi va kuchsizlangan bemorlarda qizarishning bo'lmasligi, yoki ular sochlar bilan qoplanganda tashxis qo'yish qiyin bo'ladi. Bunday holatlarda tashxis saramasning intoksikasiyaning mavjudligi, tana haroratining ko'tarilishi, jarohatlangan terida yallig'lanish to'sig'i teridan ko'tarilishi, qattiq og'riq borligi bilan xarakterlanadi. Saramasning oddiy flegmonadan differensiyalash kerak. Saramas bilan terining, periferik qismi flegmona bo'lsa teri tagi va mushak to'qimalarida II darajasida bo'ladi. Flegmonada og'riq uning markazida bo'ladi (shishning cho'qqisida) saramasdan uning periferik qismida. Flegmonadan katta qattiq infiltrat teri tagida aniqlanadi, bu holat saramasning eritematoz va bullyoz shakliga xarakterli emas. Saramasning bullyoz va gangrenoz shaklarida alohida bemorlar hayvonlar terisi va juni bilan kontaktda bo'lganda, kuydirgi kasalligi bilan differentsiallash zarur. Sibir yarasiga xarakterli jarohatlangan teri markazida nekroz bo'lgan to'qima va uning atrofida pufaklar bo'lib yumshoq to'qimalarda katta shish bo'ladi ( kuydirgi kasalligining karbonkuli deyiladi) bunda regionar limfa tugunlari kattalashadi. Saramas kasalligida esa yuqoridagi belgilar bo'lmaydi. Saramasning eritematoz va bullyoz shakllarida davolash prognozi yaxshi, flegmanoz va gangrenoz shakllarida ancha og'ir.

**Davolash.** Davolash statsionar sharoitida o'tkaziladi. Davolashda UF nurlari, kompleks antibiotikoterapiya (sulfanilamidlar) o'tkazish kerak. UF nurlari eritem va suberitem dozasida ishlatiladi. Eritematoz va bullyoz shakllarida oyoqlarida bo'lganida 4-5 bidoza, yuz shaklida - 3 bidoza qo'llaniladi. Agar saramasning shu shakllari bilan boshlanish davrida ishlatilsa 1 seans UF nurlaridan keyin ahvoli ancha yengillshadi, tana harorati tushadi, qizarish kamayadi, umumiy ahvoli yaxshilanadi. Saramasning flegmanoz shaklida nur bilan davolashda juda hozir bo'lish kerak chunki shish ko'payadi mayda tomirlarda tromboz chaqiradi. Gangrenoz shaklida umuman UF nurlari ishlatilmaydi.

Antibiotiklardan penisillin yarim sun'iy penisillin (qizarishning yo'qolganiga, haroratning normaga tushishigacha) ishlatiladi, yaxshi effekt beradi. Shular bilan birga sulfanilamidlarning uzaytiradigan dozasini ishlatish. Saramasning og'ir shaklida antibiotiklar endolimfatik yo'l bilan yuboriladi. Saramasga ho'l bog'lamlar qo'yish kompresslar, vanna mutloq mumkin emas. Pufakchalarni spirt bilan ishlab ochiladi va xloramfenikol emusliyasi bilan yoki hozirgi kunda biz klinikada levomikol moyi + loroben yoki dermobakter bilan va ustidan betadin bilan ho'llangan bog'lam qo'yiladi. Agar flegmanoz va gangrenoz shaklida yiring to'plangan bo'lsa uni ochish kerak va nekrotik to'qima olib tashlanadi va uning ustidan yuqorida ko'rsatilgan holda bog'lam bosiladi. Bunday bemorlarni alohida palatalarga yotqizilish kerak.

**Erizipeloid (erysipeloides)** – yoki chuchqa qizarishi, cho'chqa saramasi, emaklovchi eritema nomlari bilan ataladi. Bu kasallik yuqumli bo'lib terining hamma qismini yallig'lanishi mumkin.

Etiologiyasi. Bu kasallikni chaqiruvchi – cho'chqa saramasi tayoqchasi, teridagi har xil mikrotravmalar orqali asosan infeksiyalangan hayvonlarning go'sht mahsulotlarini maydalashda yuqtiriladi. Inkubatsion davri 3-7 kun. Asosan bu kasallik go'sht, baliq, parandalar go'shti bilan shug'ullanadiganlar va shunday kombinatlarda ishlaydiganlarda va uy bekalarida uchraydi. Bu kasallikda "barmoq saramasi, dermatit, panaritsiya, limfangit," tashxisi qo'yiladi va differensial diagnozida adashadi.

**Klinik manzarasi.** Asosan barmoqlarda bo'ladi. 1-kunda barmoqning tashqi yuzasida og'riqli qichiydigan qizg'ish rangdagi dog' paydo bo'ladi. Bir necha kundan keyin qichish kuchayadi, 2-3 kundan keyin shish pasayadi, qichish to'xtaydi, giperemiya yo'qoladi, teri qipiqilanish boshlanadi. Yallig'lanish barmoqning tashqi yuzasiga va panjaga tashqi tomonidan panjaga tarqaladi, limfangit, limfadenit qo'shiladi. Ayrim hollarda barmoq bo'gimlarida o'tkir artrit boshlanadi. Umumiy ahvoli juda kuchli o'zgarmaydi tana harorati deyarli normada qoladi.



14-Rasm. Barmoqlar erizipeloidi.

**Differensial diagnostikasi.** Saramas va o'tkir limfangitdan ajratilishi zarur. Bu kasalliklar o'tkir boshlanadi, aniq klinik belgilari va tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi. Panariytsiyaga nisbatan qaraganda erizipeloidlar kam o'tkirlikda o'tib, qichish bo'ladi, lokal og'riq ham bo'lmaydi. Erizipelod ko'pincha surunkali va retsidiv holatida o'tadi.

**Davolash.** Panjani immobilizatsiya qilish kerak, antibiotiklar, UF nuri va futlyar blokada yaxshi yordam beradi.

**Profilaktikasi.** Tegishli kombinatlarda sanitariya – gigiyena sharoitini yaxshilash, qo'lni har xil mikrotravmalardan himoya qilish.

**Nekrotik fassiyalar** - Tanadagi yuzaki fassiyalarning infeksiya sababli nekrozga uchrashi. Avvallari bu kasallikni epifastsial gangrena, fagadenik yara degan manoda tushunilar edi. Bu kasallik polietnologik bo'lib, har xil mikroorganizmlar (aeroblar va anaeroblar) tomonidan chaqiriladi. Streptokokklar tomonidan chaqiriladigan fasssiitlarni beta gemolitik streptokokklar chaqiradi (S-pygenos)

Fassiyalarni yana bakteriodlar, boshqa streptokokklar turi, enterobakteriyalar, peptokokklar, peptostreptokokklar chaqiradilar. Klostridial nekrotik fasssiitlarni alohida kasallik sifatida gazli gangrenaning bir turi sifatida qarash kerak. Fastsiiatlarning infeksiyalar bilan zararlanishlari teri va chuqurda joylashgan to'qimalarning

travmalarida uchraydi. Kasallikning rivojlanishida organizmning yemiradigan kasalliklar: qandli diabet, tuberkulyoz, avitaminoz, narkomaniya sababchi bo'ladi. Ayrim holatlarda nekrozli fassiyalar saramas, mastit, gidroadenit, kasalliklarining asorati bo'lib hisoblanadi. Bu kasallikning asosida teridagi nekroz bo'lib asosan teri tagidagi yuzaki fastsiyada rivojlanib keyin teriga o'tadi. Teridagi bo'ladigan o'zgarishlar toksik faktorlarga bog'liq, teridagi nekroz rivojlanadi, terining qon bilan ta'minlaydigan tomirlar trombozi sababli bo'ladi. Kasallikning patogenezida allergik faktorlarning ahamiyatli hisoblanadi, bu Sandrelli – Shvartsmen fenomenni deyiladi.

**Birlamchi fassiyalar.** Birdaniga fastsiyalarning jarohatidan keyin boshlanadi, terida og'riq, shish paydo bo'ladi. Teri shishgan va giperemiya bo'ladi. Streptokokkli nekroz fassiyalarda mahalliy belgilar tez rivojlanadi, ular terida qora rangli dog'lar paydo qiladi va pufakchalar hosil bo'ladi. Bupufakchalar terining nekroz bo'lgan yuzalarida bo'lib ichida qora ekssudat bilan to'lgan. Teridagi nekrozlar qo'shilib terining hamma qavatlarni egallagan katta nekrozga aylanadi. Streptokokklarsiz rivojlangan nekrotik fassiyalardan mahalliy o'zgarishlari yorqin bo'lmaydi. Kasallik sekinlik bilan rivojlanib taxtasimon qattiqlikda terida qalinlashish joylar paydo bo'lib, shish hosil qiladi. Teri qoplama o'zining rangini o'zgartiradi: eritematoz, oqish dog'lar paydo bo'ladi. Terida yara paydo bo'lsa iflos teri ko'kimtir rangli fassiya, loyqa ekssudat, ayrim paytlar ekssudat malla rangli bo'ladi, asboblar bilan tekshirilganda teri tagidagi to'qima fassiyadan yengil ajraladi. Kasallik umumiy intoksikatsiya belgilari bilan: isitma yuqori darajada, gektik tipda, taxikardiya, holsizlik yuzaga chiqadi. Qonda leykotsitoz aniqlanadi.

**Ikkilamchi fassiyalar** teridagi yiringli kasalliklarning juda kechikkan holatlarida, klinik belgilari asosiy kasallikning umumiy belgilaridek qo'shilgan holda uchraydi.

Nomaxsus nekrotik fassiyalarni klostridial fassiyalardan (gazli gangrena) uning asoratlanishlaridan farq qiladi. Teri osti to'qimalarida gazning hosil bo'lishi differensialashdagi asosiy belgisi bo'lib iflos - ko'kimtir rangli suyuqlik, loyqa ekssudat bir tomchi gaz bilan farq qiladi. Bakterioskopiya qilinganda chaqiruvchini aniqlash mumkin.

**Davolash** – asosan xirurgik yo'l bilan – nekrektomiya qilishdir. Operatsiya paytida teri tagi to'qimasi yallig'langan fassiyadan ajralganligi, hidli suyuqlik borligi va gaz borligi, yog' tomchilari



aniqlanadi. Kesma teridagi nekrozga asoslanib uzun keng qilinib, sog' to'qimadan nekrozga uchragan to'qimalar to'la hajmda olinishi kerak. Katta hajmda nekrozga uchraganda va yana rivojlanishda bo'lsa sog' to'qimaning chegarasini aniqlab bo'lmaydi. Shunday paytlarda etapli nekrektomiya qilinadi.



**15-Rasm. Chap son va boldir yiringli-nekrotik fassiiti va flegmona ochilgandan keyingi holat.**

Har holda o'zgarmagan terini saqlash zarur. Mexanik nekrektomiya ultratovush kavitatsiyasi bilan to'ldirilishi kerak va kimyoviy nekrektomiya - gipoxlorid natriy, proteolitik fermentlarni qo'shib ishlatilgan holda qilinadi. Antibakterial davolashni iloji boricha erta boshlash kerak. Streptokokklar chaqirganda benzilpenisillin 4-5 mln. ED da har 4 soatda tavsiya qilinadi. Agar nekrotik fassiitlar bir necha infeksiyaning kombinatsiyasi holatida bo'lganda keng ta'sir qiluvchi antibiotiklar va anaerob infeksiyaga qarshi antibiotiklar (masalan gidrooksimetil – xenoksilindiooksidlar) bilan birga ishlatilgani zarur.

Dezintoksikatsion terapiya umumiy prinsip asosida o'tkaziladi. Yiringli yaralarni davolashda nekrektomiya qilingandan keyin ultratovushli kavitatsiya qilinadi, proteolitik fermentlar ishlatiladi. Ana shu maqsadda biz klinikamizda etapli nekroektomiyani yaxshi yo'lga qo'yilganimiz va proteolitik fermentlarni mahalliy ishlatish – ximotripsin, tripsin, kukumazin qo'llanildi.

Qandli diabetda bilan nekrotik fassiitlar bilan bemorlarda sepsis holati ko'p kuzatiladi. Shunday bemorlarda 8 martagacha etapli nekrektomiya o'tkazilmoqda. Bog'lamlarda levomikol + Ioroben + fermentlar, oxirgi yillarda atserbin va amitsil suyuqlarni ishlatish bilan yaxshi natija olinmoqda.

## **Siyrak qo'shuvchi to'qimalardagi yallig'lanish kasalliklari**

**Bo'yinning chuqur flegmonasi:** Bo'yindagi flegmonalar tez rivojlanadi va uning asosiy sababi bo'yin sohasidan limfa tomirlarinig va tugunlarining kuchli rivojlanganidir. Bundan tashqari chuqur qatlamlarida fassiyalarning alohida tuzulishi ya'ni ular orasida katta va keng bo'shliqlar hosil qilib shu bo'shliqlarga siyrak to'qimalar va limfa tugunlari ko'p rivojlangan. Bo'yinning orqa yuzasidan o'tkir yiringli holatlar kam uchraydi va ensa mushaklar orasida bo'yin umurtqasi osteomielitlar bo'lishi mumkin. Ana shu holat ensa mushaklari orasidagi flegmonani chaqirishi mumkin.

**Etiopatogenezi.** Bo'yinda flegmonalarning hosil bo'lishida boshning sochli qismidagi har xil infeksiya holati (timalishlar, yorilishlar), quloq sohasidagi, lunj, pastki lablarda, yuzida, og'iz va halqum sohasidagi kasalliklar (angina, kariyoz tishlar, stomatitlar), bo'yindagi chuqur kiruvchi yaralar, halqumdagi kekirdak va qizilo'ngach, shu sohalardagi yot jismlarining qolib ketishi ham sabab bo'ladilar. Ayrim hollarda masalan: septikopiyemiyada bo'yin sohasida yiringli flegmonalar rivojlanishi mumkin. Bo'yin flemonasining chaqiruvchilari – stafilokokk, streptokokk, enterobakteriyalar, spora hosil qiluvchi anaeroblar hisoblanadi. Og'iz bo'shlig'ida putrietli infeksiyalar ya'ni uning manbasi bo'lib kariyoz tishlar chirish flegmonalariga olib kelishi mumkin. Buning asosiy sababi bu floralarning litik xususiyatiga ega bo'lishlari, fassiyalar orasida va bo'shliqlarga yoriq hosil qiladi.

**Klinik manzarasi va diagnostikasi.** Bo'yindagi bunday yallig'lanish holatlari pastki jag', iyak tagida, to'sh – o'mrov – so'rg'ich mushaklarning pastki yarmida joylanishlari mumkin, chunki bu joylarda bo'yinning bosh limfatik tugunlari joylashgan. Shish ancha qattiq konsistensiyali bo'ladi, g'adir – budirli, biroz harakatli. Asosiy manba juda chuqurda joylashganligi sababli (mushaklar tagida) terida o'zgarish bo'lmaydi va boshlanish davrida shish ham kuzatilmaydi. Agar jag' osti flegmonasi iyak ostida joylashganda mahalliy belgilar – chegaralangan qizarish, shish og'riq paydo bo'ladi. Chuqur jag' osti flegmonasida og'iz bo'shliq flegmonasi (Lyudvik anginasi) kasallik tez va juda og'ir o'tadi. Diffuz shish o'g'iz boshligi'ida aniqlanadi, jag' ostida shish og'riqli, ayniqsa chaynashda va yutunganda kuchayadigan og'riq: so'lak oqishi, chaynash muskullarida spazm, nafas olish qiyinlashadi. Bo'yin flegmonasi tomir – asab bo'limida joylashganda, bemorlar boshlarida

mayda harakatlarni qilolmaydi, ular yengil bo'ynini burgan holda ushlaydi va boshini kasal tomonga burib turganda mushaklarga bosim kam bo'ladi, og'riq yengillashadi. Bo'yining chuqur flegmonalarida umumiy klinik belgilardan tashqari, uning ikkinchi darajali simptomlariga e'tibor berish kerak. Kasallangan tomonda shish bemor boshini majburiy tutushi (spastik qiyshiq bo'yin) shu tomon mushaklarida og'riq asosan aktiv va passiv harakatlarida kuzatiladi.

## II. Bo'shliqlardagi yiringli yallig'lanish holatlari

**Yiringli plevrit** - Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarga asosan, o'tkir plevritlarda (plevra empiema) o'lim tafsiloti 25% gacha kuzatilgan. O'tkir plevra empiemasi grammanfiy floralar bilan bo'lganda - 40% gacha bo'ladi. Yiringli plevrit, plevra empiemasi bu pariyetal va visseral plevraning yiringli yallig'lanishidir. Yiringli plevritlar doimo ikkilamchi kasallik bo'lib hisoblanadi. Birlamchi plevritlar ko'krak qafasiga tehib kiruvchi yaralarda uchraydilar. Yiringli plevritning tasnifi:

I. Etiologiyasi bo'yicha: streptokokkli, stafilakokkli, pnevmokokkli va aralash plevritlar.

II. Yiringning joylashishi bo'yicha: Total, o'rtacha, uncha katta bo'lmagan, xaltalangan - ko'p kamerali, bir kamerali (bazal, devoriy, paramediaktinal, bo'laklararo, yuqori cho'qqili).

III. Ekssudatning xarakteri bo'yicha: yiringli, chirigan, yiringli-chirigan, piopnevotoraks va gemopiotoraks.

IV. Klinik oqimi bo'yicha: o'tkir, surunkali.

**Etiologiyasi.** Yiringli plevritlar har xil yiringli mikroorganizmlar - ko'proq stafilakokklar, kamroq - pnevmokokklar enterobakteriyalar va grammanfiy mikrofloralar bilan chaqiriladi. Bolalarda - pnevmokokklar orqali bo'lsa, katta kishilarda aralash streptokokk va stafilakokklar, pnevmokokk va stafilakokklar bilan uchraydilar. O'tkir yiringli plevritlar o'pka absessining asorati bo'lib hisoblanadi. ayrim holatlarda infeksiya limfogen yo'li bilan tarqalishi mumkin.

**Klinik manzarasi.** 1) Asosiy kasallikning simptomlari ya'ni plevritning sababchilari simptomlari bilan o'tadi. 2) Yiringli intoksikatsiya belgilari bilan. 3) Plevra bo'shlig'ida suyuqliklarning yig'ilishi simptomlari bilan yuzaga chiqadi. Plevraning o'tkir empiemasi uchun umumiy intoksikatsiya belgilari, gipertermiya, et junjikishi, ko'krakda og'riq, bronxial oqma yara bo'lganda nafas qisishi, yiringli

balg'am ajraladigan yo'tal hos. Ko'zdan kechirilganda teri qatlamlarining rangparligi, ba'zan sianoz qayd qilinadi. Ko'krak qafasi tekshirilganda zararlangan tomonning nafas aktida orqada qolishi qayd qilinadi. Plevra bo'shlig'idagi ekssudat yig'ilgan joy proyeksiyasi ustida tovush titrashining sustlashgani yoki yo'qligi, perkussiya qilinganda to'mtoqlashgani, auskultatsiyada zaiflashgani yoki nafas bo'lmasligi aniqlanadi. Qonda leykotsitoz, qon formulasining chapga siljigani, Ehtning oshgani qayd qilinadi.

**Diagnostikasi.** Diagnostikada rentgenologik usullar hal qiluvchi rol o'ynaydi. Aniq diagnostika uchun rentgenografiya kamida 2 ta proyeksiyada bajarilishi lozim. Tarqalgan empiemada plevra bo'shlig'ida ekssudat borligi yuqori chegarasi yoysimon (qiyshiq) qorong'ilik ko'rinishida aniqlanadi. Chegaralangan empiemalarda aniq konturli har xil shakldagi gomogen soya aniqlanadi. Plevra bo'shlig'ida bronxial oqma yara bo'lganda suyuqlik sathi bo'lgan havo aniqlanadi.

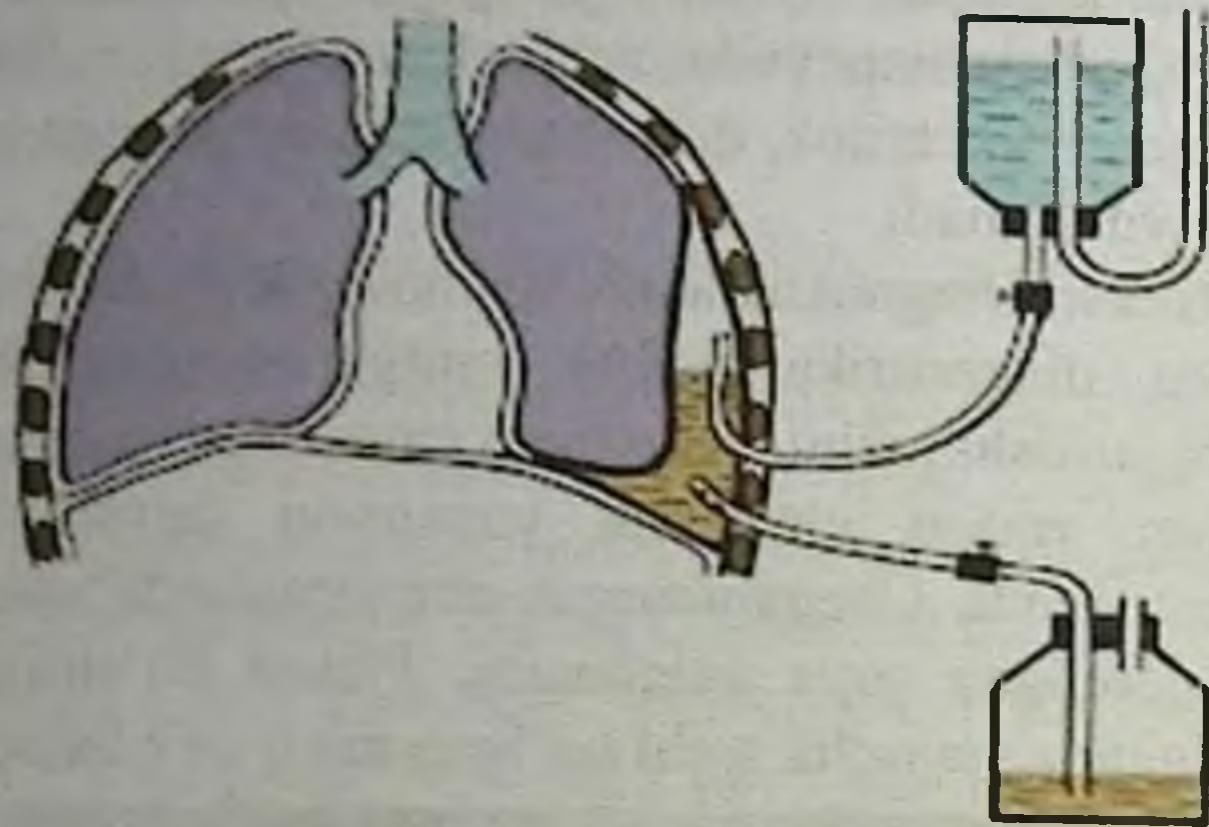


**16-Rasm. Plevra empiemasi**

Plevra bo'shlig'ini punksiya qilish natijasiga asoslanib aniqlanadi. Tarqalgan empiemada punksiya orqa-qo'ltiq chizig'i bo'ylab VI-VII qovurg'alar orasida o'tkaziladi. Chegaralangan turida eng to'mtoqlangan nuqtasida va rentgenologik aniqlanadigan qorong'u joyida olib boriladi.

Plevra empiemasi diagnozi punksiyon usul bilan tasdiqlanganda, ya'ni yiring olinganda plevra bo'shlig'i drenaj qilinadi. Drenajlash plevra bo'shlig'idan yiringli suyuqlikni doimiy fraksion chiqarish yoki uni doimo antiseptiklar bilan yuvish, antibiotiklar yuborish, vakuum moslamalar yordamida siyraklantirishga imkon beradi. Drenajlash uchun

ko'pincha troakar yordamida torakosentez qilishdan foydalaniladi. Mahalliy davolash bilan birga prinsipi jihatidan o'pkaning o'tkir yallig'lanish kasalliklaridagi davolashga o'xshash intensiv terapiya amalga oshiriladi.



**17-Rasm. Plevra bo'shlig'ini drenajlash va sanatsiya qilish.**

**Davolash.** Yiringni olish, infeksiya bilan kurashish, dezintoksikatsion terapiya va buzilgan funksiyalarni tiklash lozim. Asosiy davolash usuli yopiq va ochiq usullar qo'laniladi.

Yopiq usuliga - davolash plevra punksiyasi qilinadi va plevra bo'shlig'i drenajlanadi. Agar punksiya usuli yordam bermasa - doimiy plevra bo'shlig'idagi suyuqlik aspiratsiya qilinadi. Buning uchun plevra bo'shlig'iga doimiy drenaj qo'yiladi va doimiy ravishda yuvib turiladi. Ayrim holatlarda Byulau bo'yicha klapanli drenaj qo'yiladi. Agar yopiq usul yaxshi natija bermasa - torokotomiya qilinib fibrin, yiring, sekveesterlar olinadi.

**Yiringli mediastinit** - ko'ks oralig'i siyrak qo'shuvchi to'qimalarining yiringli yallig'lanishdir.

**Etiopatogenezi.** Kasallikni chaqiruvchilar - stafilakokklar, enterobakteriyalar, kamroq hollarda streptokokklar, pnevmokokklar va anaerob mikroblar bo'lib, hisoblanadi. Dunyo bo'yicha mediastinitdan o'lim 23-48 % ni, agar anaerob infeksiyalar bo'lganda 68-80%ni tashkil qilmoqda. Mediastinitlar ko'p hollarda ko'krakga teshib kiruvchi jarohatlarda, qizilo'ngach, kekirdak, og'iz bo'shlig'i va tomoqdagi o'tkir yiringli kasalliklaridan keyin, pnevmoniya, o'pka va plevranning yiringli kasalliklaridan keyin uchraydi. Birlamchi mediastinitlar 60-80%

holatlarda travmalardan keyin, 20-38% hollarda qizilo'ngachning yot jismlari bilan jarohati hisobidan bo'ladi.

Travmalarni hisobga olmaganda mediastinitlarda infeksiya limfogen va gematogen yo'llari bilan tarqaladi. Qizilo'ngachning kuyish kasalligida ham mediastinit bo'lishi mumkin. Asosan bo'yinning chuqur flegmonalaridan keyin uchraydi. To'sh suyagining osteomielitida, umurtqalarning ko'krak qismi osteomieliti, perixondritlar ham mediastinitga sababchi bo'ladilar.

**Klinikasi va diagnostikasi:** Bu kasallik birdaniga varaja bilan, tana haroratining ko'tarilishi, to'sh suyagi orqasida og'riq bilan boshlanadi. Temperatura gektik xarakterga ega bo'ladi, og'riq ko'raklar orasiga, yelkaga, bo'yinga, epigastral sohaga berilishi mumkin.

Oldingi mediastinit uchun to'sh suyagi orqasida bo'ladigan og'riq, bo'yin va ko'krak qafasida shish bo'ladi. Orqa mediastinitga hos og'riq kurak suyaklari orasida, yelkada hamda epigastral sohada bo'ladi.

Mediastinit anaerob va chirish infeksiyalari orqali chaqirilganda og'ir o'tadi, rentgenda ko'ks oralig'i bo'shlig'ida emfizema aniqlanadi. Emfizemaning aniqlanishi juda ham xavfli belgi hisoblanadi. Yurak faoliyatida o'zgarish bo'ladi. Taxikardiya 120 tagacha puls ko'tariladi, qon bosimi tushadi, MVBI ko'tariladi, bosh, bo'yin, qo'llarda venalar shishib ketadi, sianoz, hansirash, bosh og'rig'i, quloqlarda shovqin kuzatiladi. Keyinchalik plevra bo'shliqlarida va perikardda suyuqlik yig'iladi. Agar qizilo'ngachning jarohati bilan bo'lsa og'riq to'sh suyagi orqasida, hansirash, varaja, og'izdan chirish hidi keladi. Bunday holatlarda rentgenologik tekshirishlar- kontrast moddalar bilan hamda ezofagoskopiya yordam beradi.

Perkussiyada to'mtoqlanish zonasi kengayadi, orqa mediastinitda paravertebral zonada bo'ladi. Auskultatsiyada ko'pincha to'g'ri-aniq ma'lumot olib bo'lmaydi. Juda muhim belgilar va og'ir belgilarga nafasning buzilishi, sianoz bo'lib, bu traxeya va bosh bronxlarning bosilishidan kelib chiqadi.

**Davolash:** - Boshlang'ich davrlarida-antibiotikoterapiya ya'ni yarim sun'iy penitsillin, sefalosporinlar, aminoglikozidlar qo'llaniladi, ehtimol seroz mediastinitlar qayta rivojlanish bo'lib, sog'ayishi mumkin.

Agar abscesslanish holati bo'lganda albatta operativ davolash zarur - mediastinotomiya, ko'proq bo'yin mediastinotomiya qilinadi. Agar orqa mediastiniti bo'lsa orqa ekstraplevral mediastinotomiya qilinadi. Hamma mediastinotomiyadan keyin yarani yaxshi drenajlash kerak. Umuman

olganda orqa mediastinotomiya hozirgi vaqtda 2 xilga bo'linadi: plevralar orqali va plevradan tashqari mediastinomiylar.

**Mastitlar (Mastitis)**- sut bezining parenxemasi va interstitsial to'qimalarining yallig'lanishi. O'tkir mastitlar tug'ruqdan keyin 2 hafta ichida yuzaga chiqadi (tug'ruqdan keyingi laktatsionmastit). Sut bezining hamma yallig'lanish kasalliklarining 94,7% ini laktatsion mastitlar tashkil qiladi. Homilador bemorlarda va tug'magan ayollarda juda kam holatlarda rivojlanadi. Tug'ruqdan keyingi mastitlar tug'ilish soniga nisbatan 1,5-6% ayollarda uchraydi. Mastitlarning rivojlanishida yiringli infeksiyalarni chaqiruvchilarining o'z turini o'zgartiruvchilari va antibiotiklarga chidamli turlari muhim rol o'ynaydi. Mastitlar ko'pchilik holatlarda bir tomonlama bo'ladi, ikki tomondan ham mastitlar kam uchraydi.

#### **Mastitlar tasnifi.**

1. O'tkir mastitning shish shakli.
2. Infiltrativ shakli.
3. - Yiringli destruktiv shakli.
  - 1) abscesslashgan mastit.
  - 2) flegmonoz mastitlar.
  - 3) gangrenoz mastitlar.
  - 4) O'tkir mastit, surunkali mastit.
- 5) Lokalizatsiyasi bo'yicha
  - subareolyar
  - teridagi
  - intromammar
- 6) Tarqalishi bo'yicha
  - chegaralangan (1 kvadratida)
  - diffuz (2-3 sut bezining kvadratida)
  - total (4 kvadratida)

**Etiologiyasi va patogenezi.** Mastitlarni ko'proq stafilokokklar va ichak tayoqchalari, streptokokklar bilan assotsatsiyasida, ayrim holatlarda yakka ichak tayoqchalari yoki streptokokklar, juda kam holatlarda protey, ko'kyiringli anaerob floralar, zamburug'lar tomonidan rivojlanishi mumkin. Maxsus infeksiyalar-tuberkulyoz, sifilis shakllari ham kam uchraydi. Infeksiyalarning manbai bakteriya olib yuruvchilar, hamda har xil surunkali yiringli - yallig'lanish bilan kasallanganlardan yuqishi mumkin. Hozirgi kunda mastitlarning ko'payishi kasalxona ichi

infeksiyalar sababli kelib chiqishi birinchi ahamiyatlidir. Hozirgi kunda 90% mastitlar tillarang stafilakokklar tomonidan chaqirilmoqda.

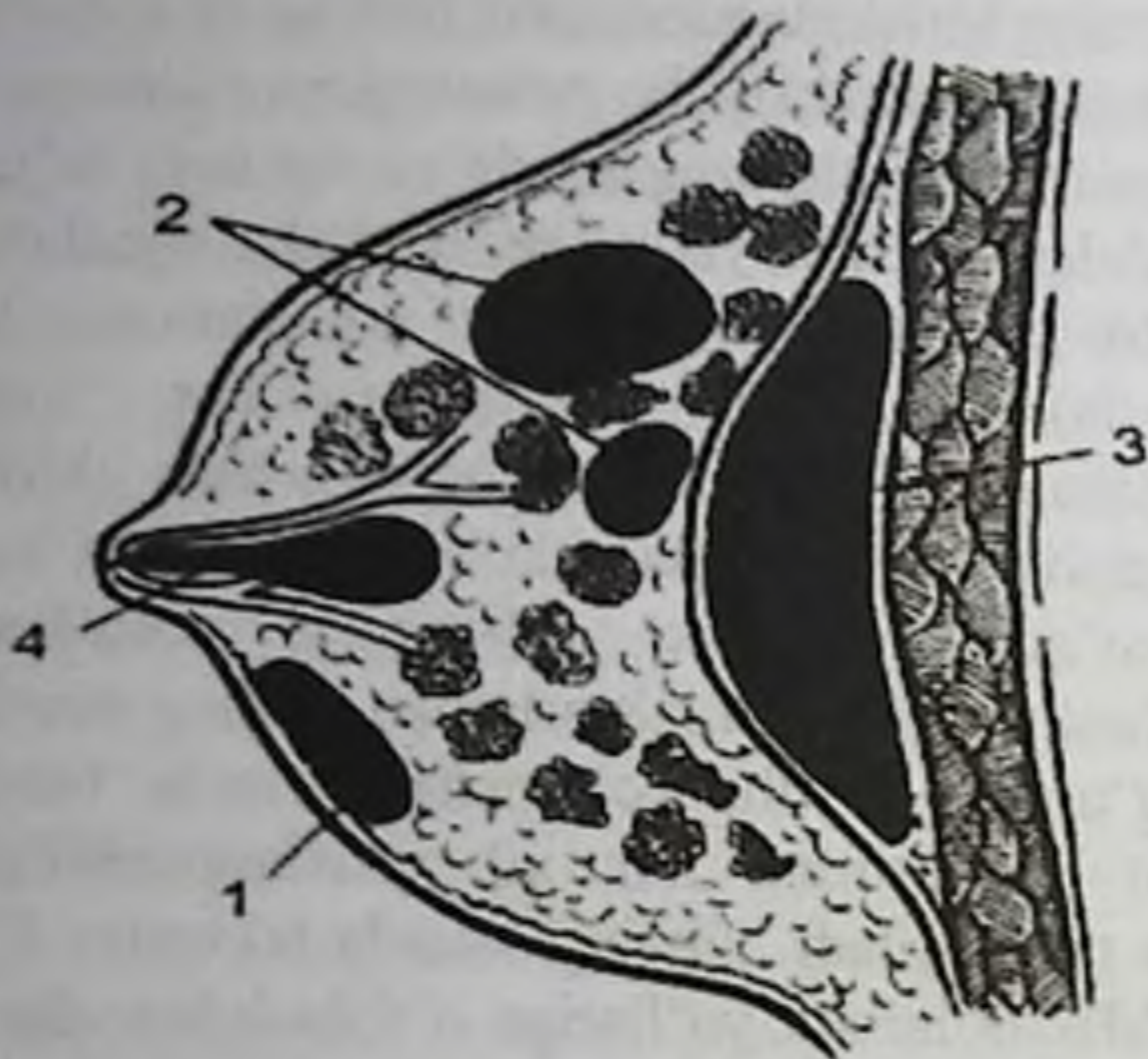
Infeksiyalarning kirishida asosan sut bezi so'rg'ichining yoriqlarida bo'ladi. Bundan tashqari infeksiyalar gematogen va limfogen yo'llar bilan tarqaladi. Patogen infeksiyalarning terida va sut bezi so'rg'ichida, yoki endi tug'ilgan bolalar og'zidan yuqishlari ham ahamiyatlidir.

Mastitga olib keluvchi faktorlaridan organizmning kuchsizlanishi (tuqqan ayollarda), yo'ldosh kasalliklari bor, immunobiologik reaktivligining pasayishi, tug'ruqning og'ir o'tishi (birinchi tug'ruq, chaqaloqning kattaligi) tug'ruq paytida va tug'ruqdan keyingi har xil asoratlari (qon yo'qotish, tug'ruq yo'llarining yallig'lanish holatlari) hisoblanadilar. Yana eng muhim faktorlardan sutning yaxshi chiqmasligi yoki uning turg'unligi bo'lib, ko'pincha birinchi tuqqan ayollarda uchraydi va sut yo'llarining har xil yetishmovchiligi, funksional o'zgarishlar ham ta'sir qiladi. Hozirgi vaqtda laktostaz 85% holatlarda uchramoqdalar. Mikroblar sut yo'llariga o'tishi bilan ularda shish hosil bo'ladi va sutning yaxshi oqib chiqmasligidan turg'un holati rivojlanadi va sut yo'llari epiteliysi jarohatlanadi va mikroorganizmlar sut bezi parenximasiga o'tib ketadi. Yallig'lanish holati parenximada bo'lib, sut yo'llarida yallig'lanishi bilan chegaralaninishi mumkin, bu holatni galaktoforit deyiladi. Yallig'lanish holatining sut bezining parenximasiga o'tishi bilan ketma-ket yallig'lanishi fazalari seroz va yiringli holatlar yuzaga chiqadi yoki birdaniga destruktiv o'zgarishlarga o'tishi mumkin. Seroz fazasida sut bezi to'qimasida seroz suyuqlik bilan to'ladi va tomirlar atrofida leykotsitlarning to'planishi paydo bo'ladi.

Yallig'lanish holatining rivojlanishi bilan diffuz yiringli infiltratsiyaga aylanib mayda - mayda yiringli o'choqlar paydo bo'ladi. Keyinchalik ular bir -biriga qo'shib abscess hosil qiladilar. Bu yallig'lanish holati sut bezi parenximasidagi bo'laklar orasidagi stromalarning yallig'lanishiga va ularning yupqalashishiga olib keladi. Yallig'lanish holatining yanada rivojlanishi bilan yiring teri osti to'qimalariga yoki retromammar bo'shliqqa yoriladi. Yiringli hosila ko'pincha - intramammar yoki subareolar joylashadi. Agar sut bezi bo'lmalaridagi abscesslardan uning orqa sohasida bo'lganda yiring sut bezi orqa bo'shlig'iga yoriladi va retromammar abscess hosil bo'ladi. Yallig'lanishga qon tomirlari jalb qilinib ularda tromboz paydo bo'lib, sut bezi to'qimasida nekroz paydo bo'ladi va o'tkir mastitning gangrenoz



shakli paydo bo'ladi. Yiringli jarayonning lokalizatsiyasi bo'yicha quyidagi tasnifga ega. (17 - rasm.)



**18-Rasm.**

**1-terlosti mastit**

**2-intramammar mastit**

**3-retromammar mastit**

**4-subareolar mastitis**

Mastitlarni o'tkir va surunkali shakllariga bo'linadilar. Amaliyotda qo'llaniladigan o'tkir mastitlar - seroz (boshlanish davri). O'tkir infiltrativ va destruktiv- abscesslashgan, flegmanoz, gangrenoz shakllariga bo'linadilar. Surunkali mastitlar yiringli va yiringsiz shakllariga bo'linadilar.

**Klinik manzarasi va diagnostikasi:** Mastitlarning boshlanish davrida to'g'ri diagnoz qo'yilib, davolansa ko'pchilik holatlarda yaxshi natijalarini beradi.

O'tkir mastitlarda yallig'lanish holatining sutning o'tkir turg'unlik holatidan differinsiyalash zarur. Birinchi tug'ruq bilan ayollarda 2 marta ko'proq sutning turg'unlik holati ko'proq uchraydi. Bemorlar sut bezida og'irlik va taranglik borligiga shikoyat qiladi. Yallig'lanish rivojlangan sari sut bezida shish paydo bo'lishi, paypaslaganda og'riqli, shishning aniq chegarasi, harakati cheklangan mahalliy haroratning balandligi aniqlanadi.



19-Rasm. O'tkir mastit.

Shishni qisganda sut ajralib boshlaydi, ya'ni uni sog'ishi mumkinligi, og'riqsiz bo'ladi. Umumiy axvoli uncha ko'p o'zgarmaydi, tana harorati juda ko'p o'zgarmagan, qonda o'zgarish bo'lmaydi. Ana shu davrida yaxshi davolash mumkin. Bu holat tug'ruqdan keyin 3-5 kun davomida uchraydi.

Mastitning o'tkir shaklini, sutning o'tkir turg'un holatidan differensiyalash hamma vaqt ham yengil bo'lmaydi. Agar temperatura ko'tarilsa, sut bezida qo'pollashish bo'lsa bu seroz mastitga o'tganligidan darak beradi.

Sutning turg'un holatida yiringli infeksiyalarning sut orqali 2-4 kun ichida yallig'lanish bo'lib, seroz fazasini o'tadi. Bunda kasallik varaja, tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, sut bezida og'riq, terlash paydo bo'ladi. Sut bezi kattalashadi, og'riqli, infiltrat borligi aniqlanadi. Sutni sog'ish og'riqli bo'ladi va deyarli foyda qilmaydi. Qonda leykotsitlar miqdori  $10-12 \times 10^9/l$ .ga, ECHT 20-30 mm/soatga ko'tariladi. Mastitning bu seroz fazasi yaxshi davolanmasa, holat rivojlanib infiltrativ fazasiga o'tadi. Tana harorati  $38-40^{\circ}S$  ga ko'tariladi, palpatsiya qilinganda sut bezida shishsimon hosila ko'proq aniq chegarasi bilan aniqlanadi. Bemorning umumiy axvoli ancha og'irlashadi. Yallig'lanish holati sutda achish holatiga olib keladi, pH-oshadi ya'ni kislotali holat paydo bo'ladi, ishqorli fosfataza oshadi, sut tarkibida leykotsitlar soni oshadi.

Mastitning boshlang'ich fazasining yiringli fazasiga o'tishida umumiy va mahalliy simptomlari kuchayadi. Tana harorati doimiy baland, septik xarakterga ega bo'ladi. Infiltrat kattalashgan, terida qizarish, flyukuatsiya paydo bo'ladi. 99% holatlarda abscesslashgan tushuncha shaklida fluktuatsiya paydo bo'adi. O'tkir mastitning gangrenoz shaklida bemorlar ahvoli ancha og'irlashadi - tana harorati

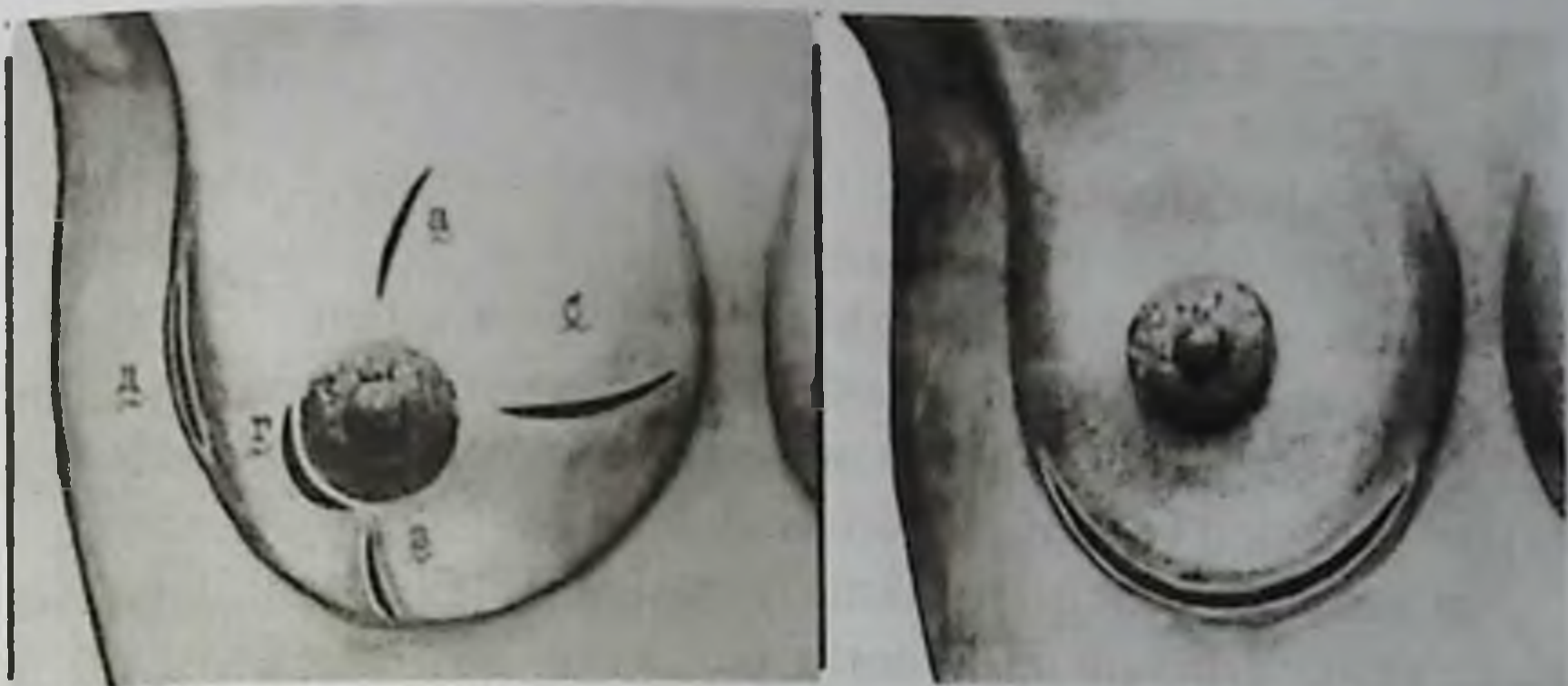
40 - 41 °C ga, puls - 120-130 gacha, sut bezi birdaniga kattalashadi, shish pufakchalar bilan paydo bo'ladi.

Pufakchalar ichida gemorragik suyuqlik paydo bo'ladi, nekrotik o'choqlar paydo bo'ladi. Shish sut bezining atrof to'qimalariga tarqaladi. Qonda leykotsitoz, siydikda oqsil paydo bo'ladi. Mastitning kechishida limfangit, limfadenit va sepsis asoratlari yuzaga chiqishi mumkin. Abscesslashgan mastitda punksiya qilish va UTT muhim ahamiyatga ega.

**Davolash.** Mastitning boshlanish davrida davolash konservativ bo'lishi kerak. Sut bezida sutning turg'un holati kuzatilganda bezni ko'tarib qo'yish, juda qisib qo'ymasdan bog'li yoki byustgalter yordamida qilish mumkin. Sutning turg'un holatini sut so'rg'ich yordamida so'rib olish kerak, bolani emdirish to'xtatilmaligi kerak. Suyuqlik ichishni kamaytirish va oksitotsin tavsiya qilish kerak. Agar seroz va infiltrativ davrlariga o'tgan bo'lsalar, albatta antibiotikoterapiya (yarim suniy penitsillin, aminoglikozidlar, sefalospirinlar, makrolipidlar) tavsiya qilinadi. Sulfanilamid preparatlari antibiotiklar bilan birga qo'llaniladi, infuzion terapiya-qon o'rmini bosuvchi suyuqliklar, hamda oqsilli preparatlar quyish mumkin. UVCh-terapiya, UZ, UF nurlari ham qo'llaniladi. Laktatsiyani bosish uchun estrogen androgenlar kombinatsiyasi bilan qilinadi. Yiringli mastitlarda operatsiya qilinishi kerak va narkoz ostida o'tkazilishi kerak. Mastitlarda operatsiya kesmalari chuqur bo'lishi kerak, hamma nekrotik to'qimalarni olish va sanatsiya qilinishi va drenajlanishi kerak.

Mastitlar ochilgandan keyin barmoq bilan taftish qilishi kerak, hamma bo'lmalar orasidagi to'siqlar ajratilishi, batamom bo'shliq yiringdan tozalaniladi.

Agar intramammar abscesslar bo'lganda bir-biri bilan tutashtirgan holda ochiladi, hatto ayrim abscesslar alohida kesmalar bilan ochiladi. Retromammar mastitlar yarim aylana shaklidagi kesmalar bilan ochiladi. Kesma pastki qismidagi burma orqali qilinadi.



**20-Rasm. O'tkir mastitlarda qilinadigan kesmalar.**

Bunda sut bezini ko'krakning katta mushaklaridan ajratiladi. Intramammar mastitlarda radiar kesma qilinadi va sut yo'llarini kesib qo'yilmasligi kerak. Mastitlar alohida lokal xarakterga ega bo'lganda va surunkali mastitlar kuzatilganda yiringli o'choq sog' to'qima chegarasida kesib olinadi va drenajlanib batamom yarani tikib qirqish mumkin. Rasm

**Mastitlarning profilaktikasi** - bu tadbirlar ayollarning konsultatsiyasida tug'ishdan ancha oldin o'tkazilishi kerak. Buning asosiy maqsadi homilador ayollarning immunobiologik xususiyatlarini oshirishdir. Endogen infeksiyon manbalarini sanatsiya qilish, ayollarni, ayniqsa birinchi tug'ruqqa tayyorlanayotgan ayollarni bolani sut bilan oziqlantirish, sut bezini parvarish qilish usullarini o'rgatish organizmning chidamliligini oshirish, stafilokokk anatoksini bilan immunizatsiya qilish, UF - nurlar berish kerak. Profilaktik kompleksiga tug'ish paytida qon yo'qotish, har xil jarohatlar oldini olish, tug'ruqni og'riqsizlantirish, sutning dimlanishining oldini olish, so'rg'ich atrofini ishlash usullari, so'rg'ichlarda yoriqlarning hosil bo'lmasligi uchun gigiena qoidalariga rioya qilishlar kiradi.

Tug'ruqxonalarda kasalxona ichki infeksiyasining tarqalishiga qarshi chora- tadbirlarni to'g'ri o'tkazish, statsionar tartiblarini saqlash, sanitariya - epidimiologiya xizmati rejimiga e'tiborni kuchaytirish kerak. Bakteriya tashuvchilarni o'z vaqtida aniqlash va ularni sanatsiya qilish, palata, operatsiya xonalari, bog'lam xonalaridagi sanitariya qoidalariga vaqtida yig'ishtirish va tozalash ishlarini to'g'ri tashkil qilish kerak.

**Peritonitlar diagnostikasi va zamonaviy davolash usullari**

**Qorin pardaning fiziologik xususiyatlari:**

1. Surish xususiyati.
2. Sekretor xususiyati.
3. Barber xususiyati.
4. Organizmda gomeostazni tashkil qilish.
5. Suv-elektrolitlar almashinuvida ishtirok qiladi.

Qorin pardaning umumiy xajmi taxminan terining umumiy xajmiga to'g'ri keladi, ya'ni 17000-20000 sm<sup>2</sup> ni tashkil qiladi. Qorin pardada juda katta tarmoqda qon va limfa tomirlari mavjud.

Har bir millimetr qorin parda yuzasida 75000 gacha kapillyarlar mavjud, shuning uchun ham qorin pardaning so'rish xususiyati juda baland.

Qorin pardaning rezorbsiya va sekretor funksiyalaridan tashqari katta plastik xususiyatiga ega. Ana shu xususiyatiga asosan qorin bo'shlig'i xirurgiyasi rivojlangan. Bu faoliyatda charvining asosan himoya a'zo sifatida ahamiyati katta. Agar charvi bo'lmasa edi qorin pardada har xil infeksiyalarning rivojlanishi og'ir o'tar edi.

Organizmda gomeostazni ta'minlashda, hamda suv-elektrolit almashinuvini muvozanatda saqlashda qorin pardaning muhim roli bo'lib bir sutkada 70 litrgacha suyuqlik surish hususiyatiga ega.

Qorin bo'shlig'ida suyuqlikning rezorbsiya bo'lishida diafragma qorin pardasidagi limfatik mikro tomirlarining ahamiyati baland. Diafragma qorin pardasidagi limfatik lakunalar qorin bo'shlig'i bilan aloqasi mezoteliyada joylashgan yorig'simon submikroskopik hujayralar-stomatlar orqali yuzaga chiqadi.

Peritonit-qorin bo'shlig'i seroz qoplamalarining yallig'lanishi bo'lib, ko'pincha yallig'lanish kasalliklarining yoki qorin bo'shlig'i a'zolarining jarohatlanishi asoratlaridir.

O'tkir tarqalgan peritonitlar muammosi meditsina paydo bo'lishidan boshlaboq paydo bo'lgan. Shuni aytish kerakki, bu og'ir kasallikni davolashda ma'lum yutuqlarga erishildi, ammo hozirgi paytda ham bu kasallikdan o'lim tafsiloti yuqori kursatkichlarda qolmoqda. Shuning uchun ham nafaqat xirurglar, hatto boshqa mutaxassis vrachlarning ham e'tiborini o'ziga jalb qilmoqda.

**Peritonitlarning tasnifi.** Klinik kechimiga qarab o'tkir va surunkali peritonitga bo'linadi. Surunkali peritonitlar ko'pchilik holatlarda mahsus xarakterga ega: sil kasalligi peritoniti, parazitar va konkroz assit-peritonitlar. Amaliyotda asosan o'tkir peritonitlar bilan duch kelamiz, ular

qorin bo'shlig'ida bo'lgan yiringli holatlarning ko'rinishi bo'lib hisoblanadi.

**O'tkir peritonitlarning V.D. Sovchuk bo'yicha tasnifi.**

- 1) reaktiv bosqich (24soatgacha)
- 2) toksik bosqich (24-72 soat)
- 3) terminal bosqich (72 soatdan ko'p)

**Yiringli peritonitlar.**

- 1) Maxalliy
  - a) chegaralangan
  - b) chegaralanmagan
- 2) Tarqalgan
  - a) diffuz holatidagi
  - b) yoyilgan

Ekssudatning xarakteriga qarab;

- a) seroz,
- b) seroz-fibrinoz,
- v) fibrinoz-yiringli,
- g) sof yiringli peritonitlar.

**Peritonitning sur'ati.** Qorin bo'shlig'i o'tkir xirurgik kasalliklari 20 % holatlarda yiringli peritonitlar asoratiga olib keladi. Bunday holatlar asosan bemorlar vrachlar yordamiga kech murojaat qilganlarida yuzaga chiqadi.

Peritonitlarning asosiy sababchilarini quyidagicha izohlash mumkin.

1. O'tkir appenditsit hamma peritonitlarning - 50 % ni tashkil qiladi.
2. Gastroduodenal yaralarning perforatsiyasi - 10 %
3. O'tkir xoletsistit - 10 %
4. Qorin bo'shlig'i a'zolar travmasi - 10 %
5. Ginekologik kasalliklar, ichak tutilishi, operatsiyadan keyingi peritonitlar-20 %

Peritonit bilan bemorlarning 60% dan ko'prog'i 40 yoshdan baland kishilarda uchraydi.

**Peritonitlarning etiopatogenezi.** Peritonitning kelib chiqishi sababidan qat'iy nazar, ko'pchilik holatlarda bakteriyalar chaqirgan yallig'lanish yuzaga chiqadi. Yiringli peritonitlarga olib keluvchi bakterial faktorlar quyidagicha

1. Ichak tayokchalari - 65 %
2. Patogen kokklar -30 %

3. Shartli patogen flora - 5 % ni tashkil qiladi. Bir necha xil bakteriyalar assotsiatsiyasi 35 % bemorlarda kuzatiladi.

Peritonitning patogenezida asosan intoksikatsiya holatining rivojlanishi yotadi. Yuqorida aytilganidek qorin parda odamda taxminan 17500-20000sm<sup>2</sup> ni tashkil qiladi. Shuning uchun ham qorin bo'shlig'idagi yiringli holat odam organizmini bakteriyalar tomonidan hosil bo'lgan toksinlar bilan zaxarlaydi.

Endogen toksinlar patologik o'choqlarda modda almashinuvining buzilishidan hosil bo'ladilar, ya'ni oqsillarning noto'liq emirilishidan hosil bo'lgan polipeptidlar, lizosomal proteazalar (leykotsitlar va bakteriyalarining parchalanishidan hosil bo'ladi) va aktiv biogen aminlar (gistamin, serotonin, geparin va hakoza) hisoblanadi.

Qorin bo'shlig'ida yiringli holatning tarqalishi bilan qorin pardaning keng miqdorda yallig'lanishi yuqoridagi ko'rsatilgan toksinlarning ko'payib ketishi vegetativ tutqich gangliylarida patologik impulsatsiyaning rivojlanishiga olib keladi va oxir oqibatda og'ir patologik ta'sirlanish, ya'ni ichaklarda parez holati yuzaga chiqadi. Bunga yana serotoninning ko'p miqdorda yo'qotilishi ham yordam beradi. Ichaklarda turg'un holatining rivojlanishi ichak shirasida paydo bo'ladigan modda almashinuvining buzilishidan toksik moddalar hosil bo'ladi.

Ichaklar ichida katta miqdorda mineral moddalar to'planib qoladi, asosan kaliy minerali bo'lib, uning organizmga kamayishi asab tolalarida o'tkazuvchanlik xususiyatining yomonlashuvi va ichaklar parezining kuchayishiga olib keladi.

Hozirgi vaqtda tasdiqlanganki, qorin pardaning keng miqdorda yallig'lanishi uning surish xususiyati nafaqat pasayadi, balki kuchayadi ham. Ichak devorlarining parez paytida taranglashuvi natijasida ichak ichidagi toksinlar qorin bo'shlig'iga o'ta boshlaydi va endotoksinlar portal venoz havzasiga tushmay, to'g'ri jigarga boradi. Ma'lumki, jigarning dezintoksikatsion funksiyasi kuchli bo'lib, jigar bir soatda 60mg bakterial toksinlarni zararsizlantiradi, ammo yallig'lanishi holatining tarqalishi bilan jigarning bu funksiyasi buzilib, toksinlar qon tomirlarini ishdan chiqaradi va gemodinamikaning hamda nafas olish faoliyatining buzilishiga olib keladi.

Yallig'lanish zonalarida kollagen tuzilmalarning emirilishi kuchayib, katabolik protsessining kuchayishiga olib keladi. Undan tashqari oqsillarning ko'p qismi antitela hosil bo'lishiga, qonning shaklli

elementlari va organizmning energiya talabini qondirish uchun sarflana boshlaydi. Shuning uchun ham tarqalgan peritonitda umumiy oqsilining kamayishi kritik nuqtaga tushib qoladi. Bu o'z navbatida peritonitni davolashda juda qiyin muammolar tug'diradi.

**Peritonitning diagnostik algoritmi.** Tarqalgan peritonitlarning klinik manzarasi bugungi kunda ko'p adabiyotlarda yaxshi yoritilgan. Bu asosan og'riqli sindromning borligi, qorin pardaning tarqalgan yallig'lanishi belgilarining fizikal usulda aniqlanishi (qorin pardaning ta'sirlanishi simptomlari, qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlikning yig'ilishi), ichaklar parezining rivojlanayotgan holati, to'qimalarning suvsizlanishi (tilning quruqligi, teridagi elastiklik holatning yo'qolishi) belgilarining rivojlanib endotoksikoz (taxikardiya, tana haroratining oshishi, neytrofilli leykotsitozning chapga siljishi, toksik ensefalit belgilarining yuzaga chiqishi) ning rivojlanishidan iborat.

Operatsiyadan keyingi ayniqsa ular "uchlamchi" deb hisoblanadigan sekinlik bilan kechadigan peritonitlarining diagnostikasi ancha qiyinchilik tug'diradi. Bunday holatda klinik diagnoz qo'yishda qorin pardaning "noaniq" yallig'lanishi klinikasi bilan endotoksikozning belgilarini aniqlash muhimdir. Bemorga birlamchi taxminiy diagnoz qo'yilgandan keyin kompleks operatsiyadan oldingi davolash tadbirlari o'tkazilib, aniq diagnoz qo'yish amallarini bajarish shart. Bu vaqtda bosh vazifa bemor holatining og'irligi, uning rivojlanish fazasi, peritonial sepsisning borligi, ko'p a'zoli yetishmovchilik va peritonit patogenezinining individual xususiyatlarini aniqlashdan iborat. Shunday qilib, kompleks laborator usullar bilan, ultratovush tekshirilishi, qorin bo'shlig'ini rentgenoskopiya, rentgenografiya, EKG qilish kabi algoritm qo'llanilishi kerak.

O'tkir peritonitning tipik kechishida diagnostikasi uncha qiyinchilik tug'dirmaydi.

Peritonitning birlamchi manbasiga qarab, ko'rik paytida aniqlanadigan quyidagi belgilar mavjud:

1. Qorinda kuchli og'riq.
2. Ko'ngil aynish va qusish.
3. Qorinning old devori taranglanishi.
4. Paypaslaganda o'tkir og'riq va Shotkin-Blyumberg belgisining aniqlanishi.
5. Tana haroratining oshishi.



6. Qondagi yallig'lanish reaksiyasi (leykotsitoz va neytrofillarning chap tomon siljishi).

**O'tkir peritonitning klinik manzarasi** juda ham har xildir. O'tkir peritonit ko'pchilik holatlarda ikkilamchi, ya'ni qandaydir bir kasallikning asorati bo'lganligi uchun aniq diagnoz qo'yish uchun anamnez to'liq o'rganilishi kerak.

Bu kasallikning boshlanishi hamma vaqt o'tkir, to'satdan bo'lib 100% qorinda og'riq bilan o'tadi.

O'tkir peritonitning klinik manzarasi uning har xil bosqichlarida har xildir. Boshlanish yoki reaktiv bosqichida og'riq bilan birga qorin tomondan aniqlanadigan sindromlar ko'prok yuzaga chiqadi. Qorinning old devori taranglashishi, el chiqmaslik, xojatning bo'lmasligi, ko'ngil aynish va qusish holati, paypaslaganda Shotkin-Blyumberg belgisi aniqlanadi. Juda erta davrlarda pulsi reflektor holatda sekinlashgan, keyinchalik tezlashib, puls bilan tana harorati orasida nomutanosiblik paydo bo'ladi. Tana harorati boshidan ko'tariladi, rektal harorat qo'ltik osti haroratidan 1-1,5 C° yuqori bo'ladi. Tili quruqrok va karashma bilan qoplanadi. Qonda leykotsitlar miqdori oshadi, neytrofillarning chapga siljish kuzatiladi.

Peritonitning rivojlanishi bilan bemorning umumiy ahvoli yomonlashadi, tili quruq bo'la boshlaydi, pulsi tezlashgan qusish kuchayadi, qusuq modda qo'lansa hidli. Qorini paypaslaganda taranglanish va og'riq pasayadi, ammo damlash yanada kuchayishi mumkin, chunki ichak devorlaridagi nerv tolalari parezi boshlanadi. Asta sekinlik bilan bemorlarda paralitik ichak tutilishi belgilari rivojlanadi. Qorinni auskultatsiya qilganda ichak harakatlari eshitilmaydi (ya'ni «qabr sukunati»). Albatta orqa chiqaruv teshigi orqali barmoq bilan tekshirib ko'rish shart. Reflektor holatda siydik chiqarishi to'xtaydi. Qondagi leykotsitlar soni 15-20000 gacha ko'tarilishi mumkin. Reaksiyaning chapga siljishi kuzatiladi, yosh shakllari paydo bo'ladi. Agar intoksikatsiya juda kuchli bo'lsa leykotsitoz pasayadi -yani organizmning areaksiya holati yuzaga chiqadi. Og'ir intoksikatsiya paydo bo'lganda parenximatoz a'zolar, ya'ni jigar va buyraklarning faoliyati buziladi. Ko'pchilik holatlarda engil sariqlik paydo bo'ladi. Jigarning glikolitik, glikosintez, antitoksik va protoplastik funksiyalari buzilib, umumiy oqsil miqdori kamayadi. Qonda atsidoz holati kuchayib, siydik ajralishi miqdori pasayadi. Oxirgi, ya'ni terminal bosqichida (4-5 kunlari) klinik manzara o'zgarib, tajribasi kamrok vrachlar xato qilib qo'yishlari

mumkin. Bemor Og'riqqa shikoyat qilmay qo'yadi, hatto umumiy ahvoli biroz yaxshi bo'lganligini aytadi (eyforiya yuzaga chiqadi). Bemorni ob'ektiv ko'rilgandagi klinik mazara daxshatli tusga kiradi: yuz tuzilishi osilgan, ko'zlari orqaga kirgan, yuz tuzilishi iztirobli, bezovta (facies Hippocratica). Bemorning doimo ko'kimtir, qora to'q qizil qo'lansa hidli suyuqlik bilan qusishi, tili quruq, qorni damlagan, paypaslaganda yumshoq, pulsi kuchsiz, aritmik, nafasi yuzaki bo'lishi organizmning chuqur intoksikatsiya holatida ekanligini ko'rsatadi. Bemorlar to oxirgi minutlargacha hushida bo'lib o'lishi mumkin, ayrim holatlarda alahsirash yoki har xil qo'zg'alishlar yuzaga chiqadi.

Kasallikning kechimi og'irligi holati bilan bemor ahvolining og'irligi o'rtasidagi parallel nomutanosiblik borligi va o'tkir peritonitning diagnostikasining qiyinligini ulug' Mondor (1930 yil) ham o'z vaqtida aytib o'tgan. Manzaraviy rentgenoskopiya qilinganda ichaklarda pnevmatoz holati kuzatiladi.



**21-Rasm. Qorin bo'shlig'ining manzaraviy rengenografiyasi.  
Ichaklarda pnevmatoz holati.**

Shuni aytish kerakki, amaliyotga endoskopik tekshirish usullarining laparoskopiyaning kiritilishi diagnostikani ancha osonlashtirdi. Endoskopik apparatlar bo'lmagan bo'limlarda, yoki bemorlar tuman shifoxonalarida bo'lib diagnostikasi og'ir hollarda biz xirurglarga laparotsintez qilinishini tavsiya qilamiz.

Oxirgi yillarda amaliyotga ultratovush tekshirishlarining kiritilishi qorin bo'shlig'i o'tkir xirurgik kasalliklari, xususan o'tkir peritonitlar diagnostikasini ham ancha engillashtiradi.

**Differensial diagnostikasi.** O'tkir peritonitning toksik va terminal bosqichlarida qorin pardaning yallig'lanishi semiotikasi aniq yuzaga chiqishi sababli boshqa kasalliklar bilan differensiallashning xojati qolmaydi. Kasalliklarning reaktiv bosqichida umumiy belgilarining ko'pligi jihatidan yallig'lanish va yallig'lanish bo'lmagan kasalliklar bilan differensiallash zarur.

1) Eng avvalo siydik tosh kasalligi bilan, siydik yo'lini bekitib qolganda yuzaga chiqadigan kuchli Og'riq, ko'ngil aynishi, qusishi ichaklar parezi va yolg'on musbat Shotkin-Blyumberg belgisi borligi diagnostikani qiyinlashtiradi. Og'riqning xurujli o'tishi uning chov, son, oraliq sohasiga tipik irradiatsiyasi, dizurik holat borligi tana xaroratining va qondagi yiringlashga hos o'zgarishlaring yo'qligi, siydik taxlilida eritrotsitlarning borligi to'g'ri tashxis qo'yishga yordam beradi. Differensial diagnoz maqsadida albatta UTT, manzaraviy rentgenografiya va uroografiya qilish zarur.

2) Peritonitni juda kam holatlarda og'ir metallar tuzi bilan zaharlanishlari bilan taqqoslash zarur. Bunday holatlarda bemordagi o'xshash belgilar yuzaga chiqadi: bemordagi qo'zg'alishlar, qorin bo'shlig'idagi og'riq, qorinning old devori mushaklarining reflektor taranglashishidan - taxtasimon bo'lib qolishi. Ammo ko'ngil aynish, qusish kuzatilmaydi, tana haroratining oshishi va qonda yallig'lanish reaksiyasi ham kuzatilmaydi.

3) Peritonitni gemorragik diatezlar bilan, ya'ni Sheyleyn-Genox kasalligi bilan ham differensiallash zarur. Bu kasallik yosh kishilarda va bolalarda uchrab terida, shilliq pardalarda, qorin pardada, mayda qon quyilgan donachalarning paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bu kasallikning uchta: teri, ichak va qorinning old devori taranglashishi va qorin pardaning ta'sirlanishi belgilari yuzaga chiqib, peritonit belgilarini beradi. Bu borada albatta anamneziga e'tibor berish zarur. Nihoyat bizga UTT va ayrim hollarda hatto endoskopik tekshirish - laparoskopiya yordam beradi.

4) Ayrim hollarda yurak infarkti bilan ham differensiallash zarurati tug'iladi. Yurakning cho'qqisi yoki uning orqa devorida infarkt o'chog'i bo'lganida epigastral sohasida kuchli og'riq bo'lib, ko'ngil aynishi, qusish, qorinning old devori taranglashishi bilan o'tadi. Albatta bunday holatlarda EKG qilish, tegishli mutaxassislar bilan maslahatlashish, qo'shimcha diagnostik usullar ishlatish yordam beradi.

Peritonitni qolgan qorin bo'shlig'i a'zolarining o'tkir xirurgik kasalliklari bilan ham differensiallash zarur. Ammo bu kasalliklarda ularni zudlik bilan operatsiya qilish ko'rsatmalari bo'lganligi uchun, ularning asorati asosan peritonitlarga olib kelishini hisobga olib birma-bir ta'kidlab o'tmadik.

B.D. Savchuk (1979) keltirilgan ma'lumotlarga asosan bemorlar peritonit bilan statsionarlarga tushgan paytlarida 82% klinik manzaralari aniq. 18% holatlarda har xil diagnostik qiyinchiliklar tug'dirgan. Ayrim bemorlarda atipik klinik belgilardan tashqari, og'ir yo'ldosh kasalliklar bo'lganida haqiqiy peritonit belgilarini niqoblashi mumkin.

### **O'tkir peritonitlarni zamonaviy davolash**

Tarqalgan peritonit diagnozi qo'yilgandan keyin qorin bo'shlig'idagi yallig'lanishning manbasini aniqlash uchun operatsiyani kechiktirish mumkin emas. Bemorga zudlik bilan oshqozon-ichak tizimini dekompressiya qilish uchun zond qo'yiladi, har soatdagi diurezni aniqlash va operatsiyadan oldingi tayyorlash muolajasi boshlanadi. O'tkir peritonitlarda operatsiyadan oldingi tayyorgarlik uchta asosiy maqsadni amalga oshirish uchun qilinadi:

**Birinchi maqsad-** to'qimalar degidratatsiyasini, gipovolemiyani, elektrolitlar balansi buzilishini bartaraf qilish. Buning uchun izotonik poliionli suyuqliklar 1 kg massaga 30-50 ml hisobida infuziya qilish talab qilinadi. Infuzion terapiya glyukozali, oqsilli va kolloid eritmalar quyish bilan davom ettiriladi.

**Ikkinchi maqsad-** endogen intoksikatsiya va fon kasalliklari sababli organizmda yuzaga chiqqan buzulishlarni medikamentoz korreksiya qilish.

**Uchinchi maqsad-** o'z vaqtida operatsiyagacha adekvat antibakterial terapiyani boshlashdir. Bu maqsadni amalga oshirishda biz sefalosporinlarning oxirgi avlodi va metronidazol qatoridagi preparatlarni qo'llash maqsadga muvofiq deb o'ylaymiz. Aniq qaysi preparatlarni o'zaro ko'shma holda ishlatishda differensial yondashish kerak. Bunda organizmning funksional holati ma'lum bir shkala bo'yicha (SAPS, SOFA yoki APACHE-I) aniqlangan ballari hisobga olinadi.

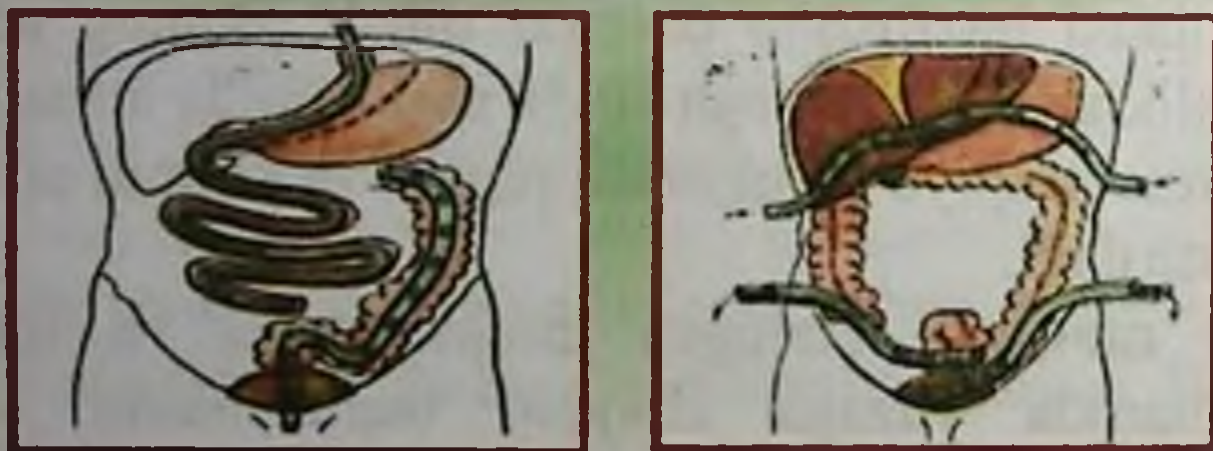
Asosan bunday tadbirlarni o'tkir peritonitning toksik va terminal bosqichida tushgan bemorlarda o'tkaziladi. Tayyorlash muddati 2-3 soat atrofida bo'lishi kerak. Bemorga albatta, transnazal zond qo'yilib

oshqozon yaxshilab yuviladi. Bemorning ahvoli biroz stabillashgandan keyin operatsiyadan 30-40 minut oldin premedikatsiya qilinadi: 0,1% li atropin 1ml, 2% promedol -1 ml teri ostiga yuboriladi. Operativ davolash o'tkir peritonitlarda radikal bo'lishi kerak. Keng laparotomiya qilinishi, albatta endotraxeal narkoz ostida o'tkazilishi kerak. Peritonitlarda uni chaqiruvchi manbaning xarakteriga qarab laparatomiyaning tegishli variantlari qo'llanilishi zarur. Agar oshqozon yarasining teshilishi, destruktiv xoletsistit, o'tkir pankreatit xavfli bo'lganda yuqorgi - o'rta laparotomiya, o'tkir appenditsit, genikologik kasalliklari ehtimol qilinganida pastki-o'rta laparotomiyasi qilinadi. Peritonitning sababi aniq bo'lmasa o'rta-o'rta laparatomiyasi ma'qul hisoblanadi.

**O'tkir yiringli peritonitlar bilan operatsiya qilinganida quyidagi amallar bajarilishi shart:**

1. Yiringli ekssudatni evakuatsiya qilish (bu amal asosan elektrosurgichlar bilan amalga oshiriladi);
2. Peritonitning asosiy manbaasini bartaraf qilish
3. Qorin-bo'shlig'ini yaxshilab sanatsiya qilish;
4. Qorin bo'shlig'ini drenajlash.

Nazointestinal Intubatsiya va qorin bo'shlig'ini drenajlash



**22- Rasm. Qorin bo'shlig'ini va yo'g'on ichaklarni transrectal drenajlash. Intubatsiya qilish.**

**23-Rasm. Ingichka ichaklarni nazointestinal**

Operatsiyaning hajmi birlamchi peritonitga olib kelgan kasallikning xiliga va peritonitning bosqichiga bog'liq. Destruktiv holatidagi chug'ov changsimon o'simtani, o't xaltani albatta olib tashlash zarur. Peritonitning asosiy manbasini yaxshilab bartaraf qilinmasa, operatsiyalardan keyin har xil asoratlar kuzatilishi mumkin. 1980 yilda professor N.N. Kanshin shunday xulosaga kelgan edi: «Peritonitlar paytida operatsiya radikal

o'tkazilib, peritonitning manbasini yaxshi bartaraf qilinmasa, qorin bo'shlig'i sanatsiyasi va dializ operatsiya paytida yaxshi o'tkazilmasa, hech qanday infuzion davolash, har qanday antibiotik qo'llash, giperbarik oksigenatsiya, limfasorbsiya, hatto gemasorbsiya bemorni o'limdan qutqara olmaydi».

Xuddi shunday xulosani 1984 yilda professor. Niderle ham ta'kidlab 3 ta muhim amal o'tkazilishini yozgan:

1. Peritonitni chaqiruvchi manbani bartaraf qilish;
2. Qorin bo'shlig'ini optimal sanatsiya qilish;
3. Qorin bo'shlig'ini adekvat drenajlash

Gastroduodenal yaralarning perforatsiyasida juda kam holatlarda rezeksiya qilinadi, asosan yaralar tikiladi. Yo'g'on va ingichka ichaklarni tikkanda albatta ichaklar ichidagi bosimni kamaytiradigan stomalar chiqarish lozim. Ichaklar rezeksiya qilinganda albatta «yonbosh-yonbosh» yoki «uchma-uch» anastomozlar qo'yiladi. Peritonit toksik yoki terminal bosqichida bo'lsa teshilgan yoki jarohatlangan ichak uchlari albatta tashqariga chiqariladi, ya'ni stoma qo'yiladi. Ileostomani chiqarish birinchi bo'lib 1879 yilda Vayt tomonidan «xabatok» shaklida taklif qilgan. Ileostomalar keyinchalik 3-4 oydan keyin yopilishi kerak.



**24-Rasm. O'tkir yiringli peritonitlarda qorin bo'shlig'ini drenajlash va dializ qilish.**

Yiringli peritonitlar bilan bemor operatsiya qilinganda xirurg avvalo bemorning xayotini saqlab qolishni o'ylash kerak. Operatsiyaning hajmini noo'rin kengaytirish ham har xil asoratlarga olib kelishi mumkin. Qorin bo'shlig'ini sanatsiya qilishda iliq izotonik eritmalar, furatsillin, rivanol eritmaları ishlatilib, elektro surgichlar bilan so'rib olinadi. Albatta fibrinoz qoplamalar (ichak devorlaridagi hamda parietal qorin pardadagi)

olinishi shart. Ana shu amallardan keyin qorin bo'shlig'i drenajlanadi. Drenaj naylar eng avvalo qorin bo'shlig'ida qolgan suyuqliklarning chiqishiga imkoniyat bersa, operatsiyadan keyingi paytda qorin bo'shlig'ini dializ qilish va antibiotiklar yuborish uchun ham xizmat qiladi.

**Peritoneal dializning 2 xili mavjud:**

1. Yuviq - oqiziladigan
2. Fraksion dializ.

Birinchi holatda qorin bo'shlig'i doimiy ravishda ko'p miqdordagi (bir sutkada 6 litrgacha) suyuqlik bilan yuvilib oqizilib turiladi. Bu usulning ma'lum yetishmovchiliklari mavjud. Bitta drenajdan doimiy suyuqlik quyilib, ikkinchisidan oqib turishida qorin bo'shlig'ida gidroperitonium hosil bo'lib qolishi mumkin va yurak hamda nafas faoliyatining buzilishiga olib keladi. Shuning uchun oxirgi yillarda fraksion dializ ishlatiladi. Peritoneal dializ 3-4 kun ishlatilib keyin olib tashlash mumkin. Bu usul asosan tarqalgan peritonitlarning terminal bosqichida ishlatiladi. O'tkir yiringli peritonitlarda qorin bo'shlig'ida tiqindi qoldirish juda chegaralangan holatlarda amalga oshiriladi. Tiqindi asosan peritonitning manbaasini yaxshi bartaraf qilmaganda yoki biror a'zoni yaxshi tikish imkoniyati bo'lmaganda, gemostaz yaxshi qilinmaganda, abscess bo'shliqlari yorilgan holatlarda shu bo'shliqlarda qoldirish mumkin. Qorin bo'shlig'iga qo'yilgan tiqindi 5-7 kun turishi lozim. Tiqindilar asosan alohida kesmalar orqali qo'yilishi kerak. Ayrim holatlarda yiring manbaasi operatsiya kesmasiga yaqin bo'lganda shu kesma orqali qo'yilishi mumkin.

O'tkir yiringli peritonitlarda ingichka ichaklarni uzun nazaintestenal va yo'g'on ichakni transrektal intubatsiya qilish muhim ahamiyatga ega. Agar ichaklar intubatsiyasi yaxshi qilinsa, ikkala zond uchlari bir-biriga uchrashgan holda tursa, ko'pchilik holatlarda stoma chiqarishga hojat bo'lmay qoladi. Bu zondlar orqali har xil endosorbentlar ham yuborish mumkin.

Qorin bo'shlig'ini yopishdan oldin bitishma kasalligining profilaktikasi maqsadida biz maxsus aralashma ishlatamiz: gemodez 200ml, gidrokartizon 125 mg, 3 g kanamitsin, 20 000 ED kontrikal aralashma qilinib, qorinning hamma qismlari xo'llanadi, vaqtincha drenaj naylar 3-4 soatga bekitilib qo'yiladi. Tarqalgan yiringli peritonitlarda qorin bo'shlig'i ochiq qoldirilishi va har kuni uni yuvib turish usullari ham bor. Bundan yuz yil avg'ov Mikulich va Jan Lui For tomonidan «ochiq

qorin» usuli taklif qilingan. 1985 yilda Taxman tomonidan qorinning old devoriga «fermuarlar» tikish va kerakli paytda uni ochib sanatsiya qilish taklif qilingan. Hozirgi vaqtda ana shunday og'ir peritonitlarda rejalashtirilgan sanatsion relaparatomiyalar keng qo'llanilmoqda.

### Sanatsion relaparotomiyaga ko'rsatmalar

1. Peritonitning terminal bosqichi;
2. Operatsiyadan keyingi choklarning silitib ketishidan hosil bo'lgan peritonitlar;
3. Anaerob peritonitlar;
4. Manbaasi aniqlanmagan peritonitlar (pankreonekroz, rezeksiya qilib bo'lmaydigan oshqozon-ichak tizimining o'sma shishlari);
5. Peritonitning toksik fazasi, ko'p a'zoli etishmovchiligi bilan (peritonitning toksik fazasida 40% holatlarda ko'p a'zoli etishmovchiligi kuzatiladi).

Peritonitlarda o'lim surati keltirilgan ma'lumotlar bo'yicha (B.D. Savchuk 1979): reaktiv bosqichida 6-7%, toksik bosqichida 48-49% va terminal bosqichida 90%ni tashkil qiladi.

1987 yilda bir guruh nemis olimlari yiringli peritonitlarning natijasini bashorat qiladigan peritonitning Manxaymer indeksini berdilar.

#### 1-jadval

#### Peritonitning Manxaymer indeksi

Xavf faktorlari	Og'irlikni baholash (ball)
Yoshi 50 dan yuqori	5
Ayol jinsi	5
A'zolar yetishmovchiligi	7
Xavfli o'sma shishlari	4
Peritonitlarning davom etish muddati (24 soatdan ortiq)	4
Peritonitning manbaasi yo'g'on ichaklar bo'lsa	4
Diffuz tarqalgan peritonit	6
Ekssudat (bitta javob xolos)	
tiniq	0
loyqa - yiringli	6
chirigan - axlatli	12



Ana shu peritonitning Manxaymer indeksiga asoslanib A.S. Ermolov quyidagicha tekshirish o'tkazgan. Peritonitlarning Manxaymer indeksi kattaligiga qarab bemorlarning peritonit natijalarini bashorat qilgan.

2-jadval

Bemorlar guruhi	Indeks kattaligi (ball) soni	Kasallar soni	Sog'aygan	O'lgan
Birinchi guruh	12-20	42	42	0
Ikkinchi guruh	21-29	31	18	13
Uchinchi guruh	30 undan baland	27	0	27

Peritonitning Manxaymer indeksi ahamiyati shundaki, indeksi ko'rsatkichi yordamida peritonitlarda har xil xirurgik davolashlarning natijalarini baholash mumkin. Bundan tashqari peritonitlarning Manxaymer indeksini rejali sanatsion relaparotomiyalarning bitta kriteriyasi sifatida ishlatish mumkin.

Shunday qilib, o'tkir peritonitlarda quyidagi davolash taktikalari qo'llaniladi. O'tkir peritonitni ayniqsa tarqalgan - umumiy peritonit bo'lganda quyidagi taktika qo'llaniladi:

1. Xirurgik operatsiya qilish;
2. Antibakterial terapiya o'tkazish;
3. Og'ir modda almashinuvi buzilishini korreksiya qilish;
4. Oshqozon - ichak tizimi faoliyatini tiklash.
- I. O'tkaziladigan xirurgik operatsiyalarni ketma-ketligi
  1. O'rta laparotomiya (har xil variantda) qilish.
  2. Qorin bo'shlig'idagi yiringli ekssudatni evakuatsiya qilish.
  3. Qorin bo'shlig'ini taftish qilish.
  4. Peritonitga olib kelgan manbani bartaraf qilish.
  5. Qorin bo'shlig'ini yuvish.
  6. Parez holatidagi ichaklarni dekompressiya qilish.
  7. Tutqich o'zagiga novokain + antibiotiklar aralashmasini yuborish.
  8. Drenaj-naylar (irrigatorlar) qo'yish.

9. Qorin bo'shlig'ini maxsus aralashma (gemodez 200ml + gidrokartizon 150mg + 3g kanamitsin+kontrikal+20000ed) bilan ho'llash.
10. Laparotomiya - yarasini tikish.
- II. Operatsiyadan keyingi davrdagi qilinadigan davolash amallari:
  1. Antibakterial terapiya.
  2. Metabolik o'zgarishlarni korreksiya qilish.
  3. Oshqozon ichak tizimi funksiyasini tiklash.

### I. Antibakterial terapiya

Yiringli peritonitda antibakterial davolash keng spektrda ta'sir qiladigan antibiotiklar ishlatilishi kerak chunki peritonitlarda kolibatsilyar flora ko'proq ishtirok qiladi. Ko'pchilik holatlarda ichak tayoqchasi va yiring chaqiruvchi stafilokokklar kombinatsiyasi uchraydi. Bunday holatlarda asosan aminoglikozidlar, penitsillin bilan birgalikda hamda grammusbat va grammanfiy floralarga ta'sir qiladigan sefalospalinlar yaxshi ta'sir qiladi. Antibiotiklarni tavsiya ilishda albatta bakteriologik tahlillarga asoslanish kerak.

**Bakteriologik** - ekspress diagnoz qo'yilguncha aprior holda antibiotiklar ishlatilishi kerak. Peritonitlarda ishlatiladigan antibiotiklarning sutkalik dozasi juda baland.

1. Penitsillinlar:
  - a) benzinpenitsillin 10-15 mln Ed (1 sutkada);
  - b) polisintetik (ampitsillin, ampioks) 3-5 g.
2. Aminoglikozidlar:
  - a) kanamitsin va monomitsin 2-3g;
  - b) gentamitsin 160-240 mg.
3. Sefalosporinlar:  
Oxirgi avlodlari: 3-5 g.

Antibiotiklar ko'pincha mushak orasiga yuboriladi. Peritonitning ogir toksik va terminal xolatlarida ularni vena ichiga tomchilab yuborish mumkin.

Antibiotiklar katta dozada ham mikroblarning antibiotiklarga rezistentligini bartaraf qila olmaydi. Shuning uchun har 5-7 kunda antibiotiklarni almashtirish va qo'shma holda yuborish tavsiya qilinadi. Antibiotiklarni katta dozasi yiringli mikroblarni o'ldirsa ham, shartli patogen mikroblarning aktivlashishiga olib keladi (neobligat anaeroblar) va ular o'zlari yiringli ixoroz yallig'lanish chiqarishlari mumkin. Ana shunday hollarda metronidazol 2-3 gramm sutkada ishlatiladi.

## II. Metabolik o'zgarishlarni korreksiya qilish

Operatsiyadan keyingi davrda bir sutkada 3-4 litr suyuqlik infuziya qilinishi kerak va bemor kerakli ingredientlar olishi uchun infuzion suyuqliklarni kerakli hajmda tavsiya qilinadi. Bemorlar yiringli peritonit bilan bir sutkada 160-180 g oqsil, 4 g kaliy, 6 g atrofida natriy yo'qotadi. Bemorlarning bir sutkalik energiyaga bo'lgan talabi 2500 - 3500 kkalni tashkil qiladi. Organizmning oqsilga bo'lgan talabini oqsilli gidrolizadlar, aminokislotali aralashmalar quyilishi bilan qondiriladi, chunki ular 1-2 sutka ichida utilizatsiya bo'ladi. Qon plazmasi yoki qonning o'zi oqsil etishmovchiligini kompensatsiya qiladigan moddalar tarkibiga kirmaydi, chunki plazma tarkibidagi oqsil 5-7 kun, quyilgan qon 100-120 kun ichida utilizatsiya bo'ladi. Minerallar yo'qotilishini muvozanatlash elektrolitli eritmalar quyilishi bilan amalga oshiriladi. Organizmdagi energiya balansining to'ldirish ancha qiyin, chunki oqsil past energiya ekvivalentligiga ega, tuzli eritmalar umuman energiya bermaydi. Shuning uchun ham glyukoza konsentrlashgan eritmaları, sorbitol quyiladi. 1 g glyukoza organizmda yonganda 4 kkal energiya beradi. Maxsus yog'li emulsiyalarning 1 g yonganda 9 kkal energiya beradi.

3-jadval

### Infuzion davolashning sutkalik tarkibi

Ingredintlar	Soni (ml)	Energiya ekvivalenti (kkal)	So'riladigan narsalarning absolyut soni (g)		
			Oqsil	Kaliy	Natriy
Renger-Lokk	750	-	-	0.31	3.63
Infezol	1000	400	75	2.34	1.80
Aminozin	500	200	30	1.48	0.80
20% li glyukoza insulin 32ED	1000	820	-	-	-
20% li sorbitol	500	410	-	-	-
Jami:	3750	1820	105	4.13	6.27

### III. Oshqozon - ichak tizimi funksiyasini tiklash

Peritonitlarda ovqat hazm qilish trakti funksiyasining tiklanishi davolashning yaxshi ketayotganligidan bashorat qiladi. Oshqozon - ichaklar parezini bizning fikrimizcha, operatsiyagacha profilaktika qilish kerak. Operatsiyadan keyingi davrdan vena ichiga 30-40 ml 10% li natriy xlor eritmasini yuborish ancha foydali hisoblanadi. Agar parez holati kuchli bo'lsa mushak orasiga 0,5-1 ml 0,1% li ubretid yuborish yaxshi foyda beradi. Bundan tashqari, 0,1% li prozerin eritmasini 1ml dan mushak orasiga yuborish maqsadga muvofiqdir. Ichaklar harakati tiklangandan keyingina intubatsion zondlar olinishi kerak.

**Qo'l va oyoqlardagi chuqur flegmonalar** - Chuqur subfassial, fassiyalararo -flegmonalarda yiringli yallig'lanishlar mushaklararo to'qimalar hamda tomirlar atrofidagi bo'shliqlar orqali tarqaladi.

**Etiopatogenezi:** - Bu flegmonalarning chaqiruvchilari streptokokklar, stafilokokklar, yana ko'k yiringli tayoqchalar, chirishga olib keladigan anaerob mikroblar hisoblanadilar. Flegmonalar seroz shishdan boshlanadi va keyinchalik yiringli infiltratsiyaga va o'z vaqtida yiringli yemirilishlarga aylanib to'qimalarda nekroz- mushaklarda, fassiyalarda va yog' to'qimalarida yuzaga chiqadi. Holatning chegaralanishida bitta yoki bir nechta abscesslar hosil qiladi. Qo'llarda bo'ladigan flegmonalar - yelkada bo'ladigan flegmonalar tomirlar-nerv qinlari orqali tarqaladi va bukuvchi va yozuvchi mushaklar qinida hosil bo'ladi. Yelkaning yuqorigi qismida deltasimon mushaklar ostida, pastki qismida esa m.brachiradialis ning qinida joylashadi va tirsak sohasining lateral qismiga tarqala boshlaydi. Bundan tashqari yiringli holat yelkaning fassial bo'shlig'i orqali bilak va tirsak nervlarining qinlari orqali tarqala boshlaydi. Tirsak sohasida flegmona uchta fassial bo'shliq: bukuvchi, yozuvchi va tashqi fassial bo'shliq bo'yicha tarqaladi. Bitta o'rin bilan chegaralanmay flegmona bukuvchi va yozuvchi mushaklarning synovial qinlari orqali tarqaladi. Bunga misol bo'lib qo'lning kaft flegmonalarida Pirogov- Paron bo'shliqlari orqali yiringning bilak sohasiga tarqalishi hisoblanadi.

**Oyoqlardagi chuqur flegmonalar:** Yuzaki flegmonalar son uchburchagida joylashib chuqur son flegmonasini hosil qiladi. Yuzaki flegmonalar limfa yo'llari orqali chuqur flegmonalarga, hamda son venasi, yuzaki fassiyalar orqali ham o'tishi mumkin. Sondagi chuqur flegmonalar boshqa qo'shni sohalardan ham yiringli moddalarning oqib

kelishi mumkin. Chanoq sohasidan keltiruvchi mushaklar orqali chanoqdan oqib kelishi mumkin. Sonning orqa yuzasidagi chuqur flegmonalar dumba sohasida paydo bo'ladi, bunda yiringli yallig'lanish holat to'g'ri ichak atrofidagi to'qimalar orqali tarqalishi ham mumkin.

Boldir sohasidagi chuqur flegmonalar uchta fassial o'rinda: oldingi, orqa va tashqi. Oyoqlar panjasi sondagi chuqur mushaklararo bo'shliqlari orqali boldirning tomir-asab bog'lami to'qimalar orqali birlashadi.

Oldingi fassial bo'shliq panja bilan tomirlar orqali birikadi. Shuning uchun ham boldirdagi chuqur flegmonalarda tomirlarni bosib qo'yadi va mushaklarda nekroz hosil bo'ladi. Bu og'ir asoratlarda chuqur boldir flegmonalarida oldingi va orqa o'rindagilari kam yordam ko'rsata oladigan fassiyalar va suyaklardan chegaralangan.

**Klinikasi va diagnostikasi.** Qo'l va oyoqlarning chuqur flegmonasida umumiy xarakterga ega bo'lgan simptomlar rivojlanadi va tarqalgan og'riq, tana haroratini 39-40 °C gacha ko'tarilishi, varaja, umumiy holsizlik, ishtaxaning yo'qligi, behollik, ayrim og'ir holatlarda bemor hushining buzilishi va kasallikning boshlanishi tez bo'ladi. Flegmona tez rivojlanadi, mahalliy simptomlardan shish to'qimalarda taranglik, terida qizarish namoyon bo'ladi. Qo'l-oyoqlarda vena qonning oqib ketishi buzilganligi sababli massiv shish paydo bo'ladi. Flegmona yuzaki joylashganda o'sha soha terisida qizarish, katta shish hosil bo'lib, paypaslaganda flyuktuatsiya aniqlanadi.

**Davolash.** Boshlanayotgan flegmonaning infiltratsiya davrida davolash konservativ bo'lib, antibiotikoterapiya, fizioterapiya-UVCh, Bemar toki va o'sha qismni immobilizatsiya qilinadi. Agar ko'rsatilgan terapiya yaxshi naf qilmaganda albatta xirurgik yo'l qo'llanishi kerak. Flegmona ochiladi, yiring evakuatsiya qilinib nekroektomiya qilinadi. Yiringdan bo'shalgan bo'shliq sanatsiya qilinadi va drenaj qo'yiladi. Agar bo'shliq katta bo'lsa, yana ancha chuqurda joylashgan bo'lsa, drenaj bilan kontrapertura albatta qo'yilishi kerak, qo'yilgan drenaj orqali bo'shliq har xil antiseptik moddalar (peroksid vodorod eritmasi va boshqa antiseptiklar bilan yuviladi, nekrotik to'qimalardan tezroq tozalanishi uchun fermentlar (ximotripsin, tripsin, kukumazinx) bilan moyli levamekol+loroben, dermobakter+levomikol, amitsil, aserbin bilan bog'lamlar qo'yiladi.

**Qorin parda orqa bo'shlig'i flegmonasi.** (*Phelegmona retroperitonealis*)- o'tkir yiringli kasallik bo'lib, bel va yonbosh sohasidagi qorin parda orqasi bo'shlig'ida rivojlanadi. Bu flegmonalar-

ko'pincha ikkilamchi hisoblanadi. Flegmonaning asosiy manbai-o'tkir appenditsit, chanoq suyaklari osteomieliti, umurtqalar, buyraklardagi yiringli kasalliklar (buyraklar karbunkuli, pionefrozlar, o'tkir pankreatitlar), ichaklardagi o'smalar va ularning yemirilishi, har xil travmalardan keyin rivojlanadi, yallig'lanish holatining lokalizatsiyasiga qarab parakolit, paranefrit, o'ng yonbosh chuqurchasi (chandiqlik ham bo'ladi) abscesslari. Yallig'lanish holati ko'pincha limfogen yo'l bilan tarqaladi.

Yiringli holatning tarqalishida qorin parda orqa bo'shlig'ining anatomik tuzilishi ham muhim ahamiyatga ega. Fassiyalar va tabiiy yoriqlar orqali yiring bir bo'shliqdan ikkinchisiga o'tishi mumkin. Masalan: bel-yonbosh mushaklarining oldingi yuzasi bo'ylab yonbosh chuqurchasiga, mushak lakunasi orqali chov bog'laminig orqasi bilan songa o'tishi, ayrim og'ir holatlarda qorin bo'shlig'iga, plevra bo'shlig'iga, to'g'ri ichakka yorilishi mumkin.

**Klinik belgilari.** Qorin parda orqa bo'shlig'i yallig'lanishining boshlanishi ancha noaniq bo'ladi. Eng avvalo yallig'lanishga hos simptomlar paydo bo'ladi- tana haroratining ko'tarilishi, varaja, umumiy holsizlik, infiltrat holati, bosh og'rig'i, keyinchalik mahalliy belgilari - og'riq, shish, paypaslaganda og'riq yuzaga chiqadi. Ana shu belgilarga asosan bemorlarga noto'g'ri diagnozlar-gripp, ayrim holatlarda tif, paratiflar qo'yilgan.

Eng muhim simptomlardan og'riq bo'lib, ular har xil lokalizatsiyada aniqlanadi, qorin bo'shlig'ining o'ng yoki chap tomonida, yonbosh sohasida, kam holatlarda belda uchrashi mumkin bo'ladi.

Bu holat ko'proq yallig'lanishning lokalizatsiyasiga bog'liq-parakolit, o'ng yonbosh abssessi, paranefrit keyinchalik og'riq tarqalgan holatda bo'ladi. Bemorlar yurganda yoki egilganda, o'tirib turishda og'riq sezadilar. Og'riqning irradiatsiyasi-o'tirganda, turish paytida, yonboshga burilganda, oyog'ini ko'targanda va uni aylantirganda kuzatiladi. Ayrim holatlarda palpatsiyada bel mushaklarida og'riq sezadi, yonbosh suyaklari, o'tirgich suyaklari sohasida og'riq aniqlanishi mumkin.

**Klinik simptomlari** - belda og'riqning aniqlanishi, sonning kontrakturasi - bukilgan holda yoki biror tomonga rotatsiya holatida bo'lib, asosan og'riqning reflektor holati bilan bog'liq bo'ladi. Oyog'ini to'g'rilashga uringanda og'riq sezadi bu bel-yonbosh mushaklarining reflektor qismlari bilan bog'liq ya'ni, "pass-simptom" paydo bo'ladi. Bu simptom asosan yallig'lanish qorin parda orqa bo'shlig'ida ekanligini

ko'rsatadi. Qorinni palpatsiya qilinganda to'g'ri mushaklardan tashqarida yoki belda, yonbosh sohasida og'riq aniqlanadi.

Ayrim holatlarda qorinning old devori orqali infiltrat borligi aniqlanadi. Xuddi shunday holat paranefrit bo'lganda qorinning chap yarmida qovurg'alar yoyi ostida aniqlanishi mumkin. Bel mushaklarining taranglashishi yallig'lanishni qorin parda orqa bo'shlig'ida ekanligidan darak beradi. Katta qorin parda orqa bo'shlig'idagi yiringliholatlar borligida ham flyuktuatsiya simptomi aniqlanmaydi. Bunday holatlarda UTT katta ahamiyatli bo'lib, yiringning yig'ilgan lokalizatsiyasini aniqlashda yordam beradi.

**Davolash.** Kasallikning boshlanish paytida antibiotikoterapiya, dezintoksikatsiya tadbirlari o'tkaziladi. Davolash effekt bermagan holatlarda qo'shimcha tekshirish KT, MSKT qilinadi. Diagnoz aniq qorin parda orqa bo'shlig'i flegmonasi qo'yilganda - xirurgik davolanadi. Yiringli bo'shliqni ochish uchun qorin pardadan tashqarida kesma qilinadi. Operatsiyaga ko'rsatma-konservativ davolashning natija bermasligi, tana harorati balandligi, varaja, og'riq kuchayib shish paydo bo'lishi, ayrim holatlarda sondagi kontrakturalar hisoblanadi. Operatsiyaning maqsadi-yiringni olish va qorin parda orqa bo'shlig'ini drenajlash. Agar paranefrit topilsa, vertikal holdagi uzun bel mushaklari qirrasini (tashqi) bo'ylab XII qovurg'a sathidan yonbosh suyagi tagigacha kesma qilinadi. Agar yiringning lokalizatsiyasi aniq topilsa Pirogov, Shevkunenko kesmalari qilinadi. Bo'shliq albatta drenajlanadi yoki konturapertura orqali ham qo'yiladi.

**O'tkir paraproktit (Paraproctitis)** - to'g'ri ichak atrofi to'qimasining yiringli yallig'lanishi. To'g'ri ichak va anal teshigi atrofi to'qimalarining yallig'lanishi o'tkir paraproktit deyiladi. Bu kasallik hozirgi kunda keng tarqalgan bo'lib, hamma xirurgik kasalliklarning 0,5 dan 4% ni tashkil qiladi. Paraproktit 20 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan kishilarda uchraydi, erkaklar ko'prok kasallanadi.

**Klassifikatsiyasi:** Umum qabul qilingan va keng tarqalgan AM Aminiv bo'yicha taklif qilingan klassifikatsiya hisoblanadi.

I. Etiologiyasi bo'yicha.

1. Tug'ma

2. Ortirilgan:

a) travmatik. b) simptomatik. d) yallig'lanish sababli. e) o'sma shishli

II. Anatomik belgilariga asosan.

1. Nisbiy holda ichaklarda: a) to'liq b) noto'liq (ichki va tashqi).
2. Tashqi sfinkterga nisbatan: a) sfinkterdan ichkarida b) sfinkter orqali d) sfinkterdan tashqari.
3. Yallig'lanishning birlamchi lokalizatsiyasiga qarab: a) teri osti b) shilliq parda osti d) ishiorektal e) pelviorektal.
4. Tashqi va ichki teshiklarning nisbatiga qarab: a) teri, b) marginal, d) teshigi oldingi qirrasiga ochiladi, e) teshigi kriptalardan birida, f) teshigi kriptalardan ichkariga ochiladi.
5. Infeksiyalarning turlariga qarab a) vulgarli, b) anaerobli, d) maxsus infeksiyalar.

Klinik kechishi bo'yicha: a) o'tkir b) surunkali (oqma bilan, oqmasiz, qaytalanuvchi)

**Etiologiyasi va patogenezi.** Paraproktit pararektal kletchatkaga infeksiya tushishi natijasida vujudga keladi. Parorektal kletchatkaga mikroblar anal kriptalariga ochiladigan anal bezlardan tushadi. Anal bezdagi yallig'lanish jarayoni natijasida uning yo'li bekiladi va sekret oqib chiqishi buziladi. O'tkir paraproktit paydo bo'lishiga moyillik tug'diradigan sabablar orasida to'g'ri ichak distal bo'limi va anal kanal shilliq pardasidagi mayda shikastlar birinchi o'rinda turadi. Gematogen va limfogen yo'llari bilan ham tarqaladi. Ular angina, gripp va har xil yiringli kasalliklardan keyin ham bo'lishi mumkin. Paraproktitlarni chaqiruvchilar - ichak tayoqchasi, tillarang stafilakokklar, anaeroblar, ayrim holatlarda aralash mikrofloralar hisoblanadilar.

**Klinikasi:** O'tkir paraproktitning har bir formasiga muayyan klinik manzara hos, ayni vaqtda o'tkir paraproktitning turli formalari uchun umumiy bo'lgan ko'pgina simptomlar mavjud. O'tkir paraproktitda boshqa har qanday o'tkir yallig'lanish jarayonidagi kabi, umumiy xolatning buzilishi kuzatiladi: gavda haroratining ko'tarilishi, etning junjikishi, uyquning buzilishi, orqa chiqaruv yo'li va chot sohasida og'riq bo'ladi. Yiring yig'ilgan sayin og'riqlar kuchayadi. Yallig'lanish jarayoni orta borgan sayin orqa chiqaruv yo'lining yonida, yallig'langan tomonda biroz shish paydo bo'lganligi qayd qilinadi. Yiring yig'ilgan sayin og'riqlar kuchayadi, intoksikatsiya orta boradi. Agar yiringni o'z vaqtida ochilmasa, u qo'shni to'qima bo'shliqlariga, to'g'ri ichakka, teri orqali tashqariga yoriladi.





**25-Rasm. O'tkir paraproktitlar**

**Teri ostidagi paraproktit-** eng ko'p uchraydigan formasi, o'tkir boshlanadi. Birinchi sutka mobaynida tana harorati 39 °C gacha ko'tariladi. Teri osti to'qimalarida, anal yorig'i atrofida kuchli og'riqlar paydo bo'ladi. Teri osti to'qimasida, anal teshik yaqinida og'riydigan infiltrat paydo bo'ladi. Uning ustidagi teri qizargan, markazida flyuktuatsiyasi borligi, og'riq ko'payib borib lo'qillaydigan holatga o'tadi.

Bemorlar dumbaning sog'lom tomonini bosib o'tirishga urinadilar. Agar vaqtida operatsiya qilinmasa, yiring 5-7 kun ichida teri orqali o'z-o'zidan yorilib chiqishi mumkin.

**Ishlorektal (quymich-to'g'ri ichak) paraproktit.** Kasallikning boshlang'ich bosqichida og'riq chot ichkarisida, xojat paytida kuchayadigan og'riq paydo bo'ladi. Tana harorati oshadi, intoksikatsiya kuchayadi. Yallig'lanish jarayoni orta borgan sayin orqa chiqaruv yo'lining yonida, yallig'langan tomonda biroz shish paydo bo'lganligi qayd qilinadi.

To'g'ri ichakni zararlangan yon tomonidan barmoq bilan tekshirishda infiltratsiya, birmuncha kechikkan muddatlarda esa infiltratning oshganligi aniqlanadi. Yiring aksariyat teri orqali tashqariga yoriladi.

**Shilliq parda ostidagi paraproktit.** Paraproktitning bu formasida og'riqlar o'rtacha, xojat paytida birmuncha kuchayadi. Tana harorati subfebril. Paypaslab ko'rilganda yiringli shish sohasida ichak bo'shlig'iga

turtib chiqqan infiltrat yoki flyuktuatsiya aniqlanadi. Yiringli infiltrat o'z-o'zidan yorilganidan keyin ko'pincha sog'ayish boshlanadi.



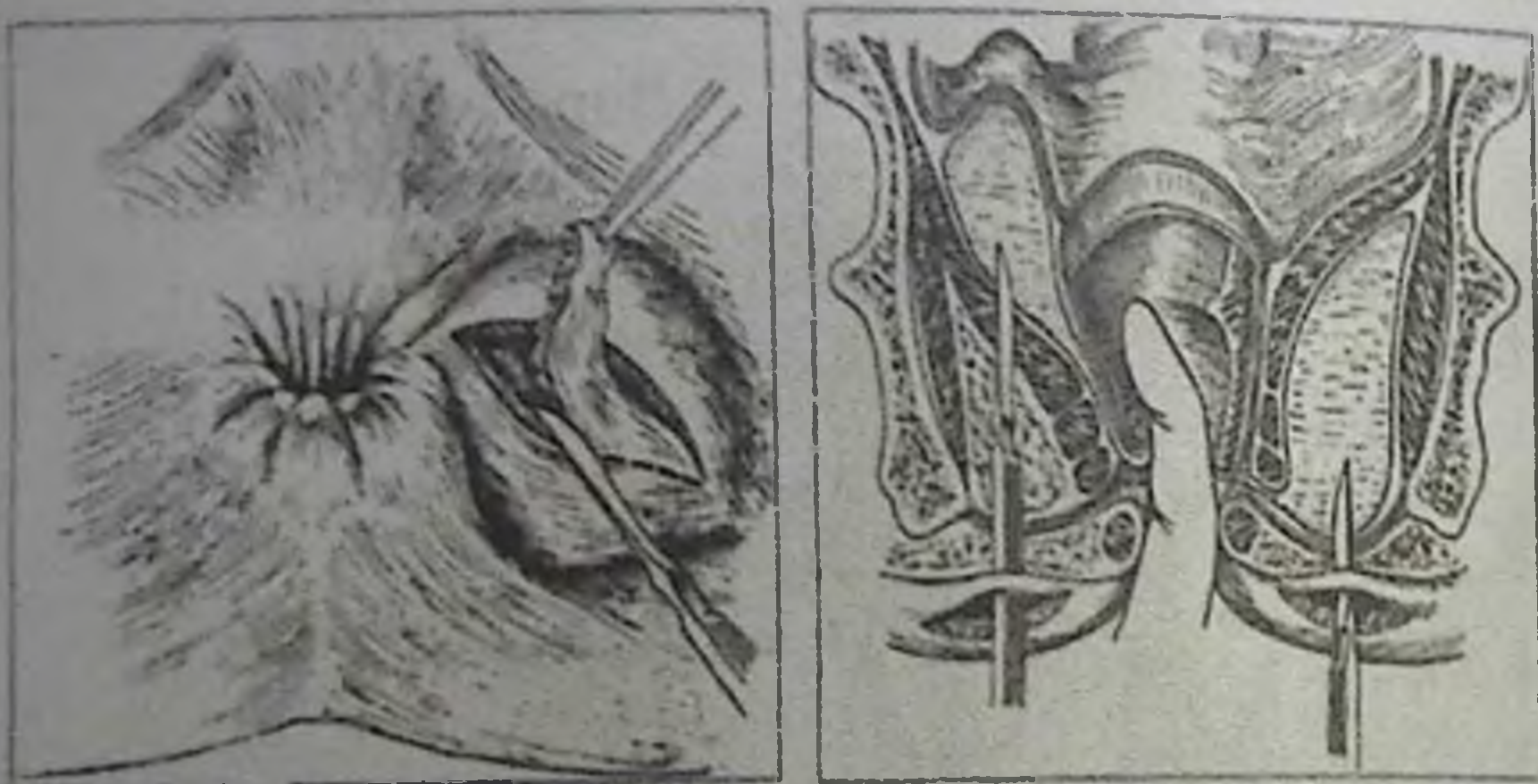
**26 - Rasm. O'tkir paraproktitlarda yiringning lokalizatsiyasi.**

**Pelviorektal (chanoq-to'g'ri ichak) paraproktiti.** Avvaliga intoksikatsiya belgilari: umumiy loxaslik, xolsizlik, tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, bo'g'imlarda qaqshagan og'riq, qorinning pastida og'riq paydo bo'ladi. Orqa chiqaruv teshigi sohasini tashqi ko'zdan kechirishda pelviorektal paraproktitni aniqlab bo'lmaydi. Kasallik boshlanishidan 15-16 kun o'tgach tana harorati gektik bo'lib qoladi, qorin pastidagi og'riqlar kuchayadi. Infiltratning hajmi kattalashadi va orqa chiqaruv teshigini ko'taradigan muskul bo'ylab paydo bo'ladi, ular endi quymich-to'g'ri ichak va teri osti to'qimasi uchun hos bo'lib quyidagi xarakterli simptomlar; chot terisida shish va qizarish bosilganda og'riq paydo bo'ladi. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish vaqtida infiltratni aniqlash mumkin: bunda barmoq bo'rtib chiqqan joyning yuqori chekkasiga yetmaydi.

**To'g'ri ichak orqasidagi (rektorektal) paraproktit.** To'g'ri ichakda va dumg'azada qattiq og'riq paydo bo'ladi va xojat paytida kuchayadi. Og'riq songa, chotga beriladi. Dum suyagini bosilganda og'riydi. Barmoq bilan tekshirilganda to'g'ri ichak orqa devorining og'rihi va shishib chiqqanligi aniqlanadi.

**Paraproktitlarni davolash.** Xirurgik operatsiya yiringli bo'shliqni ochish va drenaj qo'yishdan iborat. Operatsiyani vena ichi

og'riqsizlantirish bilan, og'riqsizlantirib bajariladi. Yiringli bo'shliqni barmoq bilan yaxshi taftish qilinadi, yiringli bo'shliq vodorod peroksid bilan yuviladi.



**27 - rasm. Perianal va ishoriktal absesslarini ochish.**

### **Bezli a'zolarning yallig'lanishi**

**Parotit (Parotitis)** - quloq atrofida bezlar yallig'lanishi.

**Etiopatogenezi.** Parotitni ko'proq stafilokokklar va assotsiatsiya tartibidagi mikroblar chaqiradi. Infeksiya asosan so'lak bezlari va og'iz bo'shlig'idan o'tadi, so'lak ajralishi kamayganda uning yo'li orqali ko'tariluvchi infeksiya shaklida og'iz bo'shlig'idan o'tadi. Bu holatni kuchsizlangan bemorlarda yoki yuqumli kasalliklari bo'lib, umumiy suvsizlanish bo'lganda, ayrim katta operatsiyalardan keyin rivojlanishi mumkin. Quloq atrofida bezlarga infeksiya limfogen yoki gematogen yo'llar bilan o'tishi mumkin. Bezning chiqadigan yo'li yallig'lanadi, shish paydo bo'ladi, so'lak chiqarish buziladi.

Sekretning to'xtab qolishi bezda shish hosil bo'lishiga, keyinchalik yallig'lanishga sabab bo'ladi. Bu holat bezning bo'lmalarida yiring hosil bo'lib, ular bir-biri bilan qo'shiladi va bezning kapsulasining erib ketishiga olib keladi. Agar o'z vaqtida davolanmasa, har xil oqmalar bo'yinda, chakka sohasida, tashqi eshituv yo'lida paydo bo'ladi.

**Klinik belgilari.** Bez atrofida og'riq, keyinchalik bez kattalashib shish paydo bo'ladi, paypaslaganda og'riqli, tana harorati 39-40 °C gacha ko'tariladi. Bemorlarda chaynash xususiyati buziladi, og'riqli bo'ladi,

shish kattalashib, terisi qizaradi va flyutuatsiya paydo bo'ladi. Bemorning umumiy axvoli og'irlashadi, shish lunjga, jag' osti sohasiga, bo'yinga tarqalishi mumkin. Og'ir sharoitlarda yumshoq tanglayga halqumga tarqalib, bemorlar og'izini ochishga qiynaladi. Ayrim bemorlarda yuz asabining parezi rivojlanishi mumkin. Qonda leykotsitoz, neytrofil shakllarining ko'payishi bilan paydo bo'ladi. Yiringlash holati kuchayib flegmona hosil bo'ladi, "S" reaktiv oqsil hosil bo'lishi mumkin.



28-Rasm. Bolalarda parotitlarning lokalizatsiyasi.

**Davolash.** Parotitning shakliga qarab konservativ yoki operativ davolash mumkin. Vaqtida antibiotikoterapiya'ning o'tkazilishi fizioterapevtik tadbirlar natijasida qayta rivojlanish bo'ladi. Agar bu usul yordam bermasa, xirurgik yo'l bilan-bezdagi yiringli o'choqni ochish kerak.

Shish paypaslab ko'riladi va terida qilinadigan kesma aniqlanadi. Bunda yuz asablarining ketish yo'llarini bilish kerak. Teridagi kesma ularga parallel holda qilinishi kerak.

Terini va teri osti to'qimasini kesib bez kapsulasi topiladi, kapsula kesilgandan keyin, o'tmas yo'l, barmoq bilan tekshirib kapsula ochiladi. Barmoq bilan yiringli bo'shliq ochiladi, yiring chiqariladi va bo'shliq sanatsiya qilinib drenaj qo'yiladi. Ko'pincha shu operatsiyalarni o'tkazishda yuz asabini jarohatlab qo'yish mumkin. Shuning uchun yarani qo'pol kengaytirish, har xil yarani kengaytirishda ilmoqlar bilan tortish mumkin emas. Operatsiyadan keyingi davrda albatta antibiotikoterapiya va dezintoksikatsion infuzion terapiya qilinadi.

**Limfangitlar** (lymphangiitis) - yallig'lanish kasalligining asorati sifatida limfa tomirlarining yallig'lanishidir. Mikroblarning hujayralararo bo'shliqlarga va limfatik tomirlarga o'tishi hamma kasalliklarda bo'lishi mumkin, ammo ularning klinik yuzaga chiqishi tomirlarda aniq yallig'lanish holatlari kuzatilganda bo'ladi. Etiopatogenezi

limfangitlarning chaqiruvchisi bo'lib, ko'p holatlarda stafilokokklar bo'ladi, boshqa yiringli infeksiyalar kam uchraydi.

Limfangitlar - bu ikkilamchi kasallikdir. Furunkulyoz, karbunkulyoz, abscesslar, flegmonalar, panaritsiyalar va yiringli yaralarning oqimi asoratlaydi. Yuzaki va chuqur limfa yo'llarini yallig'lanishlari bilan yuzaga chiqadi. Limfa tomirlarining devorida va atrof to'qimalarida shish, infiltratsiya, limfotsitozlar yordamida perilimfangitlar rivojlanadi.

**Klinik manzarasi.** O'tkir limfangitning asosiy yiringli kasalliklarda paydo bo'lishi, o'sha asosiy kasallikning yanada chuqurlashayotganligidan darak beradi. Tana haroratining 39-40 °C ko'tariladi, varaja tutadi, bosh og'rig'i, terlash, umumiy holsizlik, leykotsitozning ko'tarilishi paydo bo'ladi. Agar to'rsimon limfangit kuzatilganda terida giperemiya saramasga o'xshash, aniq chegaraga ega bo'lmagan, to'rsimon belgisi qizarish paydo bo'ladi. Turunkulyar limfangitda giperemiya alohida bir yo'lak hosil qilib yallig'lanish o'chog'idan limfa tugunlari tomon yo'naladi-(qo'ltiq osti, chov sohasidagi) terida shish paydo bo'ladi. Palpatsiyada limfa yo'llari qalinlashganligi, og'riqni xuddi shnursimon belgilar bilan aniqlanadi. Regionar limfa tugunlari kattalashgan, og'riqli bo'ladi. Agar chuqur limfa tomirlari jarohatlanganida giperemiya bo'lmaydi, qo'l va oyoqlarda og'riq, shish paydo bo'ladi va chuqur palpatsiya qilinganda aniqlanadi.

**Davolash.** Davolash asosan birlamchi o'choqni bartaraf qilishga qaratilishi kerak ya'ni flegmona, abscesslar ochilishi va ular drenajlanishi kerak, qanday mikrofloraning borligini hisobga olgan holda antibiotikoterapiya tavsiya qilinadi. Agar oyoqlarda kuchli shish bo'lsa, ularni baland ko'targan holda ushlab kerak. Profilaktikasi - o'z vaqtida, radial holda yaraga birlamchi xirurgik ishlov berish, yiringli o'choqlarni bartaraf qilish, antibiotikoterapiya o'tkazish kerak.

**Limfadenit (lymphadenitis)**- limfa tugunlarining yallig'lanishi. Har hil yiringli yallig'lanish kasalliklarining (yiringli yaralar, furunkul, karbunkul, panaritsiy, saramas, osteomielit, tromboflebit, trofik yaralar) asorati va maxsus infeksiyalar (tuberkulyoz, o'lat, aktinomikoz) sababli yuzaga chiqadi.

**Etiologiya va patogenezi.** Kasalliklarning chaqiruvchilari bo'lib, yiring chaqiruvchi mikroorganizmlarning limfa tomirlari bo'ylab limfa tugunlariga o'tadi. Ayrim holatlarda mikroorganizmlar gematogen yo'l bilan o'tadi va kontakt yo'li bilan ham o'tishi mumkin. Yallig'lanish

holati seroz shish bilan boshlanadi va yiringli shakliga o'tishi, atrof to'qimalarda shish paydo bo'lib, adenoflegmonaga aylanadi.

**Klinikasi va diagnostikasi:** O'tkir limfadenit limfatik tugunlarning kattalashishi, og'riqli bo'lishi, bosh og'rig'i, holsizlik, tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlanadi. Limfadenit bir vaqtning o'zida limfangait bilan birga o'tishi mumkin. Serozli limfadenitda bemorning umumiy axvoli ko'p o'zgarmaydi. Bunda regionar limfa tugunlarida og'riq bo'ladi. Tugunlar kattalashgan, qattiq konsistensiyali, palpatsiya qilinganda atrof to'qimalar bilan yopishgan, terisi o'zgarmagan bo'ladi. Yiringli limfadenit bo'lganda, og'riq kuchayadi, o'tkir kechadi. Terisi giperemiya holatida, palpatsiya qilinganda og'riqli tugunlar aniq paypaslanadi, atrof to'qimalar bilan yopishgan harakatsiz bo'ladi. Terisi giperemiya va uning tarqalishi holatida, tana harorati baland, varaja tutadi, umumiy holsizlik paydo bo'ladi.

Yiringli limfadenit yiringli holatlarning tarqalishiga ya'ni katta bo'shliqlarda yiring hosil bo'lishiga (qorin parda va ko'ks oralig'i bo'shliqlari) olib keladi va ko'pincha sepsis rivojlanishiga sababchi bo'ladi.

**Davolash.** Boshlang'ich fazasida konservativ davolash: UVCh - terapiya, mahalliy davolash, asosiy kasalliklarni (abscess, flegmona, yiringli oqmalar) davolash, antibiotikoterapiya. Yiringli limfadenitlar - operativ usulda davolanadi: abscessni, adenoflegmonani ochish.

**Venalarning yallig'lanishi (phlebitis)** - Vena qon tomirlari devorlarining yallig'lanishi flebit (phlebitis) bo'lib, yallig'lanishning bir vaqtning o'zida tromb hosil qilish bilan tromboflebit (thrombophlebitis) deyiladi. Vena qon tomirlari ichki devorning yallig'lanishsiz tromb hosil bo'lishini - flebotromboz (phlebothrombosis) deyiladi.

**Etiopatogenezi.** Tromboflebitlarning kelib chiqishida yiringli floraning gematogen yo'li bilan vena devorlariga o'tishi yoki atrof to'qimalardagi yiringli kasalliklardan vena devorlariga flegmonalar, abscesslar, osteomielitdan o'tishi mumkin. Bundan tashqari venaning ichki devori masalan kateterlar uzoq vaqtda turganlarida jarohatlanib aseptik yallig'lanishi mumkin.

Tromboflebitlarning rivojlanishi uchun eng muhim quyidagi faktlar:

- 1) qon oqishining sekinlashishi
- 2) qon tarkibining o'zgarishi
- 3) qon tomirlar devorining ( ichki ) jarohatlanishi
- 4) asab- trofik va endokrin buzilishlari, allergik reaksiyalar

### 5) infeksiya

Tromboflebit ko'pincha vena qon tomirlarining varikoz kasalligida, gemorroj, o'smalar, operatsiyadan keyingi chanoq a'zolarida uzoq kateterlar turganlarida, jarohat va yaradorlikda, vena ichiga antibiotiklar va xar xil konsentratsiyali suyuqliklar quyilganda hosil bo'lishi mumkin.

Vena qon tomirlarining ichki devorlari yallig'langandan tashqari endoteliyasi jarohatlanganda va qonning ivishi tizimi faoliyati oshganda, fibrinoliz ingibitorilarining sintezi pasayganda, (natriy geparinning va fibrinoliz aktivatorlarining) qonning ivishi tizimiga tasir qilib ularining pasayishiga olib keladi.

Venalardagi yallig'lanish holatining rivojlanishi ikki yo'l bilan rivojlanishi mumkin: ichki qavatida (endoflebit) yoki venaga atrof to'qimalardan (periflebit) o'tishi mumkin. Vena tomirining devorining hamma qavatining yallig'lanishi bo'lganda panflebit rivojlanadi. Endoflebitda venaning endoteliyasida infiltratsiya polimorf – yadroli leykotsitlar tomonidan paydo bo'ladi, ularga trombotsitik massalar kelib yopishadi, ammo tashqi qavatida o'zgarish bo'lmaydi. Periflebitda uning tashqi qavati va ichki qavatida ham o'zgarish bo'ladi, keyin trombozga aylanadi. Yiringli tromboflebitda vena devoridagi trombotik massada mikroblar koloniyasi bo'ladi. Bu holat tromboflebitda infeksiyaning tarqalishida sababchi bo'ladi, xar xil to'qima va a'zolarida yiringli o'choqlar hosil bo'lishida sababchi bo'ladilar – demak sepsis rivojlanadi. Tromboflebitning oxirgi natijasi vena tomirlarida skleroz hosil qiladi, tromb hosil bo'lishi va qo'shuvchi to'qima atrofidagi tomir asab tizimida paydo bo'lishiga olib keladi. Agar tromb vena devorida joylashsa unda tomir o'tkazuvchanligi tiklanishi mumkin, agar obturatsion tromb hosil bo'lganda vena obliteratsiya bo'ladi va uning yorig'i o'tkazuvchanligi to'liq tiklanmaydi.

**Klinik belgilari:** tromboflebitlar oyoq venalarida, chanoq va gemorroidal venalarda ko'proq paydo bo'ladi. Qo'l venalarida, darvoza, ichaklar va bosh miya venalarida uchraydilar. Bemorlarni tekshirganda shu kasallikka olib keladigan faktorlarni aniqlash kerak. Bu faktorlar qon oqimi tezligining pasayishi, qonning tarkibiy o'zgarishi, eng ichki qavatining jarohatlanishlari kiradi. Bunday holatlar ko'pincha ayollarda operativ tadbirlar o'tkazilganda – bachadonda, buyrak va siydik yo'llarida, son suyagining bo'ynidan singanida uchraydi. Vena qoni turg'unligi bemorlar uzoq muddatli yotish holatida, yurak yetishmovchiligida, homiladorlikda bo'ladi. Bunda infeksiya manbai

bo'lib, qorin tifi, pnevmoniya, gripp, septik holatlar hisoblanadi. O'tkir tromboflebitlarda diagnoz qo'yish uncha qiyinchilik tug'dirmaydi. Bemorlarda og'riq, vena qon tomirlari bo'ylab qattiqlashish kuzatiladi. Og'riq yurgan paytda, aktiv va passiv harakatlarda kuchayadi. Tana harorati oshadi, oyoqlarda qattiq infiltrat paydo bo'ladi va og'riq, terida giperemiya va shish paydo bo'ladi.

**Davolash:** o'tkir davrida konservativ davolanadi: tinchlik, yallig'lanishga qarshi va antikoagulyantlar (asetilsalitsilat kislota, fenilbutizon, rutozid, geparin bilan bog'lam), fizioterapevtik tadbirlar (UVCH-tripsin bilan, kaliy yodid bilan elektroforez), oyoqlarni elastik bint bilan bog'lanadi. Operatsiya qilishga ko'rsatma bo'lib, tromb teri osti venasining trombozi bo'lganda, yiringli tromboflebit ya'ni sepsisga xavf bo'lganida hisoblanadi. Operatsiyaning maqsadi trombozga uchragan venani bog'lash yoki uni kesib olishdir.

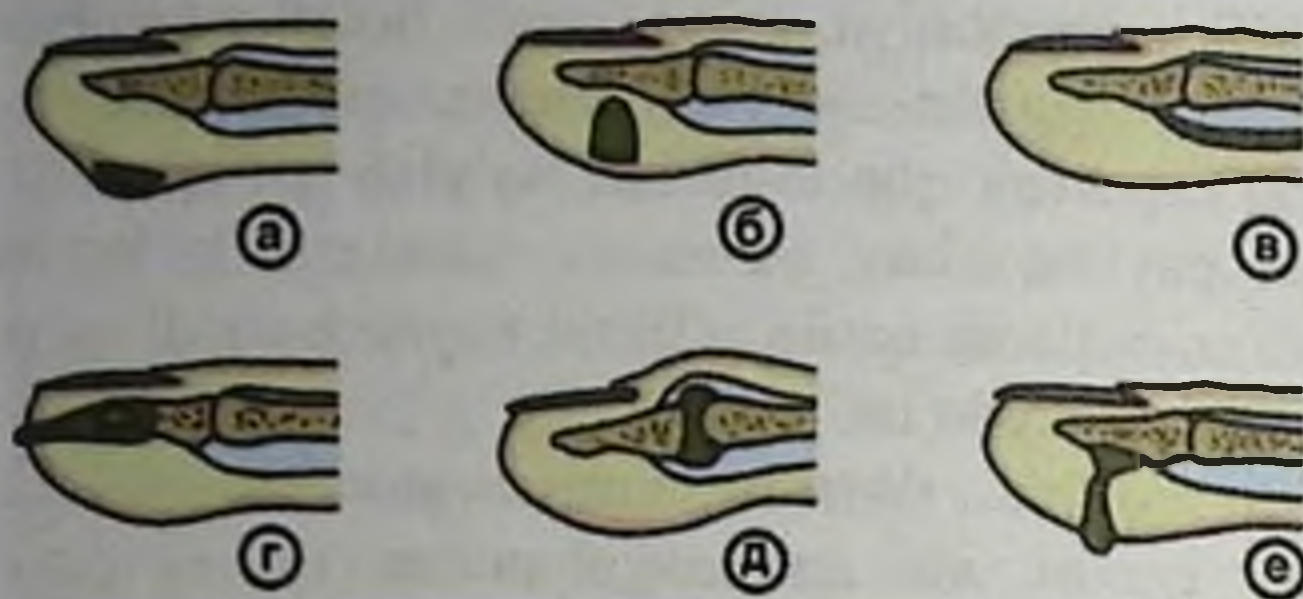
### **Panjaning yiringli kasalliklari**

**Panaritsiy (panaricium)** - Barmoq to'qimalarining o'tkir yiringlashi deyilib, katta barmoqning yallig'lanishi, oxirgi, o'rta kaft bo'shlig'ining va panjaning tashqi yuzasi flegmonasi. Barmoq va panjadagi o'tkir yiringli kasalliklari ambulator xirurgiyada eng muhim o'rinni egallaydi, ular 15-18% dan 20-30% gacha uchraydi. Jismoniy mehnat qiladigan kishilarning 8-10% da barmoq va panjaning yiringli yallig'lanish kasalliklari uchraydi. Xar xil barmoqlarda bo'ladigan mikrotravmalar keyinchalik panaritsiy va panja flegmonalariga olib keladi. Xirurlarga qatnaydigan birlamchi kasallarning 15% dan 31% i panaritsiyalar va panjalardagi flegmonalar bilan uchraydi. Shu kasallardan 60% i shu kasalliklarning asoratlari bilan paydo bo'ladilar. Buning asosiy sababi poliklinikada xirurglar tomonidan qilinadigan operatsiyalarning radikal emasligi. 23-37% bemorlar qaytadan operatsiya bo'lmoqdalar, shulardan 8-8,5% bemorlar nogiron bo'lib qolmoqda.

#### **Tasnifi: Panaritsiy**

1. Yuzaki formasi: a) teri b) teri osti v) timoq atrofi g) timoq osti panaritsiysi
2. Chuqur shakli: a) paylar b) suyak v) bo'g'im g) pandaktilit





29-Rasm. Panaritsiyalarning lokalizatsiyasiga qarab turlari.

### Panjaning yiringli kasalliklari.

1. Teri va teri osti yiringli kasalliklari: teri abssessi (namin) a) qadahli abssess b) barmoqlar oralig'i (komissural flegmona) g) kaftning aponevroz usti flegmonasi.

2. Fassial – to'qima bo'shlig'i yiringli kasalliklari a) kaft o'rta bo'shlig'i flegmonasi b) tenor flegmonasi g) gipotenor flegmonasi

3. Panjaning tashqi yuzasi yiringli kasalliklari: a) teri osti flegmonasi b) aponevroz osti flegmonasi

**Etiologiya va patogenezi:** panaritsiyalarni asosiy chaqiruvchilari stafillokoklar va kam holatlarda boshqa infeksiyalar hisoblanadi. Infeksiyalarning kirish darvozasi bo'lib, xar xil panjadagi mikrotravmalar (ukol, timalishlar, ezilishlar) hisoblanib, infeksiyalarning kirishida va uning rivojlanishida-har xil mayda paraxaning, mayda oyna, metall bo'laklarining yot jism sifatida kirishi muhim hisoblanadi. Yot jismlar atrofida shish, yiringli infiltratsiya to'qimalarda paydo bo'ladi, shundan keyin yiringli infiltratsiya paydo bo'ladi. Hosil bo'lgan yiringning tarqalishiga to'qimalarning tuzilishiga, ular tashqarigami yoki ichkariga chuqur to'qimalarga tarqalishi mumkin. Demak pay, bo'g'im, suyak panaritsiyalar paydo bo'ladi. Og'ir holatlarda yallig'lanish butun barmoq to'qimalariga (pandaktilit) tarqaladi. Ammo shunday holatlarda o'z vaqtida operatsiya qilish bunday yallig'lanish holatini to'xtatish mumkin.

**Panjaning anatomik tuzilishining alohida xususiyatlari.** Panjaning anatomik tuzilishi bo'yicha va uning bajaradigan har xil funksiyalari jihatidan ham teri tuzilishlari odam tanasidagi qolgan qismlaridan farq qiladi. Panjaning tashqi yuzasidagi terisi elastik holda bo'lib, ular yengil kengayadi va har xil burmalar hosil qilish qobiliyatiga ega. Teri osti to'qimasi juda kuchsiz rivojlangan va asosan

siyrak qo'shuvchi to'qimadan iboratdir. Uning kaft sohasida teri qattiq va pay aponevrozi bilan mahkam yopishgan, tuklari yo'q, yog' bezlaridan ham holi. Kaft sohasidagi teri osti to'qimasi ko'p sonli vertikal joylashgan to'qimalar tolalari orqali terisini aponevroz bilan birlashtirgan. Shuning uchun ham bu qismda teri osti yog' to'qimasi malum bir bo'laklar holatida bo'ladi. Qo'shuvchi tuzilmasining shu tolalari terini aponevroz bilan bog'lashi va yog' to'qimasining alohida mayda bo'laklarga bo'linishi kaftning jarohatlarida infeksiyalarni tashqi yuzasidan ichki qavatlariga o'tkazishi va yiringlashning keng tarqalishiga sababchi bo'ladilar.

Shuning uchun ham panja va barmoqlardagi yiringli yallig'lanish holatlari tez muddat ichida paylarga va suyak to'qimalariga o'tib ketishi mumkin. Panjaning kaft sohasida yuzaki va chuqur joylashgan fassiyalari mavjud. Uning yuzaki fassiyasi teri osti va yog' qatlamida joylashgan. Kaft sohasidagi aponevroz pay tolalaridan tashkil topgan bo'lib, uchbursaksimon qattiq konsistensiyali shaklni tashkil qiladi va uning radial va ulnar qirralaridan qo'shuvchi to'qimadan iborat tortmalari 3 va 5 kaft suyaklariga borib yopishadi. Ana shu tortmalar kaftni 3 ta bo'lakka bo'ladi: thenar, hypothenor va kaftning o'rta bo'shlig'iga shu bo'shliqlardagi komissural teshiklar (yoriqlar) orqali kaft panjasining tashqi yuzasiga aloqa qiladi. Ana shu yoriqlar orqali yallig'lanishlar panjaning tashqi yuzasiga tarqalishiga mumkin. Kaft fassiyasining chuqur paylari barmoqlarni bukuvchi paylar tagida mushaklar bilan panjaning tubini tashkil qiladi. Chuqur fassiyalar, suyaklar orasidagi mushaklar va barmoqlarni bukuvchi paylar bilan chuqur to'qimalar (bo'shlig'ini) panja oralig'ini tashkil qiladi. Shu oraliq orqali karpal ariqlar orqali yiring bilakdagi to'qima bo'shlig'iga tarqaladi. Ya'ni bu bo'shliqni Pirogov-Parona bo'shlig'i deyiladi. Ayrim holatlarda yiring distal qismga yo'nalib kanal orqali kaft o'rta bo'shlig'idagi yiring chuvalchangsimon mushaklar orqali 2-5 barmoqlarning tashqi yuzasiga 2-4 barmoqlar aro bo'shliqqa tarqaladi. Karpal kanal panjaning kaft qismi va bilak orasidagi bog'lovchi vositasini o'ynaydi va ular orqali o'rtalik nerv va barmoqlarni bukuvchi paylari o'tadi. Shu bo'shliq orqali panjaning chuqur arterial yoyi o'tadi, uning yuzaki bo'shlig'idan yuzaki kaft yoyi, barmoqlar arteriyasi hamda o'rta nervi o'tadi. Bundan tashqari kaft sohasida tashqi va ichki fassial o'rinlar bor. Uning ichki o'rindig'i 5-suyakning haqiqiy fassiyasi va uning oldingi yuzasi joylashgan, fassial chegara bilan

(hypothenor) mushagi bo'ladi, hamda radial arteriyasining chuqur shoxobchasi va nervi o'tadi. Tashqi fassial o'rtidagi hosilasi bo'lib, thenor va 3-barmoqning haqiqiy fassiyasi va tashqaridan 1-barmoqning yon yuzasi bilan chegaralanadi. Bundan tashqari tashqi va kaft sohasi panja mushaklarining payi sinovial qinlariga ajratiladi. Kaft sohasida yuzaki joylashgan bukuvchilarining umumiy qinlari va 1-barmoq uzun bukuvchi mushaklari paylari qinlari, 2 va 4 barmoqlarning pay qinlari joylashadi. Ana shu ikkita qinlar kaft kanalini to'ldiradi. Radial paylar qini 1 barmoqning uzun bukuvchilari 2-3 sm bigizsimon o'simtaning proksimal qismidan boshlanadi va uzun bukuvchilar payning 1 barmoq timoq falangi asosida uchrashgan joyida tamom bo'ladilar. Tirsak sohasidagi 3 va 5 barmoqlar bukuvchilari pay qini radial qinlariga qaraganda ancha keng hisoblanadi. Pastki falanga qo'shilmalar sinovial qinlari proksimal qismida qopchalar hosil qiladi va ular qisqarib 5 barmoqning timoq falangiga yopishadi. Kaft sohasidagi 2 va 4 barmoq pay qinlari bir-biridan alohidalangan, ular pastki falang asosidan boshlanib timoq falanglar asosida tutashadilar. Sinovial qinlar yiringli holatlarning patogenezida muhim o'rin egallaydilar. Parietal va visseral pardalari orasidagi yallig'lanish holatlari paylarning o'limiga olib keladi. Chunki ularga qon olib keladigan tomirlar faoliyati to'xtaydi. Shunday holatlarda o'z vaqtida pay qinlarini ochadigan operatsiyalar paylarni qon bilan ta'minlovchi tomirlarni saqlab qolishi mumkin, shu bilan barmoqlar va panja faoliyatini tiklash mumkin.

**Klinik belgilari:** boshlang'ich (seroz infiltrativ) va yiringli (yiringli-nekrotik) bosqichlariga bo'linadi. Qo'llarning yiringli-yallig'lanish kasalliklarida umumiy va mahalliy belgilari mavjud: shish, giperemiya, og'riq, tana haroratining ko'tarilishi, a'zolar funksiyasining buzilishi kabilar kiradi. Vaholanki barmoqlar va panjalarning yallig'lanish kasalliklari maxsus belgilarga ega. Panjalardagi teri osti to'qimalarining yallig'lanishlarida palpatsiya bilan og'riqning lokalizatsiyasini aniqlash mumkin. Boshqa ko'p belgilari (giperemiya, shishning aniq yuzaga chiqishi) panjaning tashqi yuzasida yallig'lanish bo'lganda aniqlanadi. Ana shunday holatlar ko'pincha diagnostik xatoliklarga olib keladi. Shu sababli noto'g'ri kesmalar qilinishi nafaqat davolash muddatining cho'zilishiga, hatto erta va kech hosil bo'ladigan funksional asoratlar olib kelishi mumkin. Shuning uchun ham panja va barmoqlarning anatomik tuzilishining alohida xususiyatlarini yaxshi bilish lozim, negaki noto'g'ri kesmalar qilib qo'yimaslik kerak.



**30-Rasm. A) Panaritsiya umumiy ko'rinishi.  
B) Panaritsiyani operatsia qilish.**

**Teri panaritsiysi** - panaritsiyning bu turida ekssudat epidermis tagida joylashib uni teridan ajratib yuboradi. Undagi ajralma seroz, yiringli va gemorragik xarakterga ega bo'lishi mumkin. Ayrim holatlarda teri panaritsiysi ham tana haroratining ko'tarilishi, limfadenit va limfangit belgilarini beradi, bu o'z navbatida virulent infeksiya borligini ko'rsatadi.

**Teri osti panaritsiysi** - panaritsiyning bu turi ancha keng tarqalgan yiringli-yallig'lanish turiga kiradi. Ko'pchilik kasallar barmoqlarining bu xil yallig'lanishlarining birinchi kunlarida, kam holatlarda vrachlarga murojaat qiladilar. Teri osti panaritsiysida yiringlar bor joyda og'riq aniqlanadi. Og'riq asta sekinlik bilan kuchayadi, pulsatsiyalanuvchi va qattiq lo'qillashgan holatga o'tadi. Giperemiya teri qoplamasida kam uchraydi. Barmoqni juda sinchiklab tugmasimon zond bilan palpatsiya qilinganida, yiringli o'choqning joyini aniqlash mumkin. Doimiy og'riq bo'lganligi uchun bemorlar ahvoli uncha yaxshi bo'lmaydi. Qo'shuvchi to'qimadan iborat tortmalar teri osti yog' qatlamiga o'tib terini suyak pardasi bilan bog'laganligi sababli yiringli holat shishning tarqalishiga qo'ymaydi. Teri osti panaritsiysida yiringli holat chuqur to'qimalarga tarqala boshlaydi.

**Paronixiya** - tirnoq atrofidagi g'ovning yiringlashi bo'lib, og'riq, shish va giperemiya bilan boshlanadi. Ko'rik paytida timoq atrofida g'ovning timoq plastinkasidan baland bo'lishi kuzatiladi. Palpatsiya qilinganda og'riq sezadi. Ko'pchilik holatlarda yiring timoq osti to'qimasiga tarqaladi, bemorlar ishlash qobiliyatini yo'qotadi.

**Tirnoq osti panaritsiysi** - bunda yiring timoq osti plastinkasida yig'iladi va timoqni o'z o'rnidan ko'chishiga olib keladi. Tirnoq osti

panaritsiysida terida shish va giperemiya deyarli rivojlanmaydi. Asosiy belgisi timoq falangida pulsatsiyalanuvchi og'riqning paydo bo'lishidir. Timoq plastinkasi palpatsiya qilganda yoki perkussiya qilganda ham og'riq sezadi.

**Bo'g'im panaritsiysi** - panaritsiyning bu shakli ko'pincha barmoqning falangalari orasida va pastki falangalar orasida travmalar bo'lganida ko'proq uchraydilar, chunki bo'g'imlar yupqa yumshoq to'qimalar bilan qoplangan. Yallig'lanishning seroz fazasida ham intensiv og'riqlar paydo bo'ladi, yallig'langan bo'g'im shishadi va urchuqsimon ko'rinishga ega bo'ladi. Palpatsiya qilinib barmoqni shu bo'g'imda bukishga harakat qilinganda qattiq og'riq paydo bo'ladi. Mahalliy haroratning ko'tarilishi kuzatiladi. Shish va giperemiya barmoqning tashqi yuzasida bo'ladi. Agar bo'g'im punksiya qilinganda juda ko'p bo'lmagan loyqa suyuqlik topiladi. O'z vaqtida yaxshi davolanish o'tkazilmasa yallig'lanish boylamlarga, tog'ay va suyak qismlariga o'tadi va bo'g'imda patologik harakat va krepitatsiya paydo bo'ladi.

**Suyak panaritsiyasi** - bu holat ko'pincha ikkilamchi bo'ladi, ya'ni patologik holat yumshoq to'qimalardan o'tadi. Bu holatda teri osti panaritsiyalarini ochganda ham qisqa muddatli yaxshilanish bo'lishi mumkin, ammo to'liq tuzalish bo'lmaydi. Og'riq doimiy bo'lib, yaradan yiring aralash mayda suyak bo'lakchalari ajralishi mumkin. Falanga qalinlashadi, palpatsiya qilinganda juda og'riqli bo'ladi. Rengenogramma qilinganda suyak to'qimasida o'zgarish ya'ni yemirilish kuzatiladi. Bunday o'zgarishlar 2 chi hafta oxiri va 3 haftaning boshlanish davrida topiladi. Klinik ko'rinishiga qarab operativ davolashni o'tkazish kerak.

**Pay panaritsiyasi** - teri panaritsiysi ko'pincha tendovaginitlarning rivojlanishiga sababchi bo'ladi. Chunki infeksiya'ning tarqalishi barmoqlarni bukuvchi paylar qiniga va paylarga o'tadi. Bemorlar ahvoli og'irlashadi, pulsatsiyalanuvchi og'riq kuchayadi, shish paydo bo'ladi. Barmoqlar o'z faoliyatini yo'qotadi va yarim bukilgan holatni oladi. Barmoqni yozishga harakat qilinganda og'riq kuchayadi. Tugmasimon zond bilan paypaslaganda paylar proeksiyasi bo'yicha og'riq seziladi. Tendovaginitlar paydo bo'lganda operatsiya'ni kechiktirish juda xavfli hisoblanadi. Paylarning qon tomirlaridan judo bo'lishlari, paylarni ekssudat bilan bosilib qolishi ularning nekroz holatiga olib keladi.

**Pandaktilit** - bu barmoqlarning hamma to'qimalarining yallig'lanishidir. Bu ancha og'ir o'tadi, intoksikatsiya aniq yuzaga chiqadi (bosh og'rig'i, tana haroratining ko'tarilishi) regionar limfangit, kubital

va qo'ltiq osti limfadeniti paydo bo'ladi. Pandaktilit sekinlik bilan rivojlanadi. Buning asosiy sababi virulent infeksiyalarining barmoqlar to'qimalariga o'tishi asosan yaradorlik bo'lganda kuzatiladi. Vaholanki pandaktilit teri osti panaritsiyasidan keyin ham rivojlanadi. Pandaktilitning rivojlanishi bilan og'riq kuchayadi, intensivligi oshadi, azob beruvchi og'riq kuchayadi. Shishgan barmoqlar ko'k-qoramtir rangga o'tadi. Yallig'lanish ho'l yoki quruq nekroz ko'rinishida rivojlanadi. Barmoqlarni harakatlantirganda og'riq kuchayadi. Operatsiyadan keyin yaradan yiringli modda ajraladi, granulyatsiya oqish rangda hayotsiz ko'rinadi. Pandaktilitlarda shubhasiz tezda qilingan operativ davolash yiringli yallig'lanishni to'xtatishi mumkin.

**Panja flegmonasi** - panja flegmonasining mahalliy belgilaridan shish va giperemiya, panja funksiyasining buzilishi, mahalliy harorat va paypaslaganda og'riq kuzatiladi.

**I barmoq flegmonasi:** birinchi barmoqning baland yuzalari (thenor) flegmonasi shish paydo bo'lish bilan boshlanadi. O'tkir og'riq, to'qimalardagi taranglashish, birinchi barmoqda harakatning chegaralanishi, kaft sohasidagi burmalarning yallig'lanishi thenor flegmonasi uchun asosiy belgilardir. Yiringli eksudat birinchi suyaklar orasida mushaklar orqali panjaning tashqi yuzasiga tarqaladi. Ayrim holatlarda qo'shuvchi to'qimalardan iborat ajratib turuvchi to'siq erib ketib yiring thenor sohasidan kaft bo'shlig'iga tarqalishi mumkin va o'rta kaft flegmonasiga aylanadi.

**V barmoq flegmonasi:** jimjiloq flegmonasi (hypothenor) ko'pincha intoksikatsiya belgilarisiz rivojlanadi. Unga ham shish, giperemiya va to'qimalar taranglashishi, paypaslaganda hypothenor sohasida og'riq va beshinchi barmoqni harakatlantirganda og'riq kuchayadi.

**Komissural flegmona** - kaftning distal qismida joylashadi, infeksiyalarning kirish darvozasi bo'lib, kaft sohasidagi yoriqlar, teridagi sugallarning II-IV panja va falanga qo'shilmalarida joylashishi hisoblanadi. Ana shunga asoslanib bu flegmonalarni – sugal abscesslari yoki "*namin*" deyiladi. Flegmona og'riq, shish bilan boshlanadi va panjaning distal qismida joylashadi. Bu flegmonada barmoqlar yarim bukilgan holatda bo'lib, ularni yozganda og'riq kuchayadi, chunki kaft aponevrozi taranglashadi. Aponevrozdagi qiyshiq yoriqlar orqali yiring kaftdan panjaning tashqi yuzasiga tarqalishi mumkin va chuqur barmoqlarni bukuvchi paylarga ham ta'sir qiladi. Infeksiya'ning tarqalish

ehtimoli kaftning proksimal qismiga tarqalib o'rta kaft bo'shlig'iga o'tishi mumkin.

**O'rta kaft bo'shlig'i flegmonasi** - bu flegmona rivojlanganda yiring kaft aponevrozi va yupqa fassial plastinka orasida to'planadi. Kasallik aniq intoksikatsiya belgilari bilan yuzaga chiqib, tana harorati oshadi, bosh og'riq, periferik qonda o'zgarishlar paydo bo'ladi. Kaftning o'rta qismida shish paydo bo'lib, u ko'tariladi, terisi taranglashadi, bunnalar yassilanadi, ammo flyuktuatsiya'ni aniqlash imkoniyati bo'lmaydi. Paypaslanganda yiringlash sohasida og'riq sezadi. Panjaning tashqi yuzasida shish paydo bo'ladi, II-V barmoqlar yarim bukilgan holatda aktiv harakatlar qilinganda aponevroz taranglashishi natijasida og'riq kuchayadi.

**U-simon flegmona** - bir-biriga qo'shiluvchi yoki u-simon flegmonalar panjalar sohasidagi eng og'ir yiringli yallig'lanishlar kasalligiga kiradi. Bu flegmona I va V barmoqlarning yiringli tendovaginiti sababli yiringli ekssudatning radial yoki ulnar sinovial qopchalariga tarqaladi. Ko'pincha yallig'lanish holati avvalo bitta sinovial qinda boshlanadi. Agar infeksiya juda virulentli bo'lsa va noradial xirurgik operatsiyalar qilinganda ekssudat sinovial qopchalar devorini eritib ikkinchisiga o'tib ketadi.

Bu flegmona kuchli intoksikatsiya, tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, holsizlik bilan boshlanadi. Panjada shish paydo bo'ladi, terisi ko'kimtir qora rangga o'tadi, paypaslanganda og'riqli. Barmoqlar chap tomonga bukilgan, harakatlantirilganda qattiq og'riq bo'ladi. Paypaslanganda eng kuchli og'riq 1 va 5 barmoqning bukuvchi paylari sohasida bo'ladi. Agar yiring Pirogov bo'shlig'iga o'tsa og'riq bilakning distal qismida paydo bo'ladi. Yiringli 1 va 5 barmoqlar tendobursitlar paydo bo'lganda yiringli yallig'lanish holat o'rta kaft bo'shlig'iga thenar yoki hypothenar yoriqlari orqali o'tadi, keyinchalik yiring chuvalchangsimon mushaklari orqali panjaning tashqi yuzasiga o'tib katta yiringli nekrotik o'choq hosil kiladi. Flegmona juda erta xirurgik yo'llar bilan ochilganda ya'ni operatsiyadan keyin panjaning funksional holatining buzilishi yo'qoladi.

**Panjaning tashqi yuzasi teridagi flegmonasi** - Bu flegmonaning rivojlanishida shu sohadagi teri qoplamasining har xil travmalari sababchi hisoblanadilar. Bunda yoyilgan shish, to'qimalarda giperemiya bo'lib, yiringli o'choqning chegarasini aniqlash ancha qiyin. Agar juda e'tibor bilan paypaslanganda to'qimalarning yumshaganligini aniqlash mumkin.

**Panjaning tashqi yuzasi aponevrozdagi flegmonasi-** Bu flegmona panjaning tashqi yuzasida travmalar ya'ni aponevrozni teshib o'tuvchi sanchilgan yaralarida uchraydi. Flegmonaning bu turida qattiq infiltrat aniqlanadi, shish, panjaning tashqi yuzasida giperemiya paydo bo'ladi. Ayrim hollarda kaft sohasidagi yiringli holatlarda yiringli infeksiya limfa yo'llari va chuvalchangsimon mushaklar orqali tashqi yuzasidagi shish bilan kaft sohasidagi yallig'lanish belgilari-shish, giperemiya, og'riqli holatlar bilan birga o'tadi.



**31-Rasm. Panja flegmonasi**

**Furunkul va karbunkuli** - Panja furunkul barmoqlarning tashqi yuzasida shish va giperemiya, paypaslanganda og'riq va nekrotik sterjenning borligi anik simptomlaridan hisoblanadi. Karbunkulda bu simptomlar kuchliroq rivojlanib bir nechta nekrotik sterjen aniqlanadi va intoksikatsiya bilan o'tadi.

**Davolash.** Yallig'lanishning seroz infiltrat fazasida spirtli vannachalar, elektroforez - tripsin va ximotripsin bilan, antibiotikoterapiya, UVCh-terapiya qilinadi. Bemorlarning birinchi uyqusiz tungi o'tkazishlari og'riq bilan operatsiya qilishga ko'rsatma bo'ladilar. Bundan tashqari yallig'langan joyni bilganda og'riq, qattiq shish va atrofdagi to'qimada shish borligi aniqlanadi. Xirurg albatta panjaning o'rta nerv mushak shoxchalarining topografiyasini yaxshi bilishi kerak. Bu nervning jarohatlanishi 1 barmoq funksiyasini buzadi. Panjaning o'rtalik nervi terining proksimal qirrasi bo'ylab joylashgan va thenar sohasini kaftning o'rta qismidan ajratib turadi. O'rtalik nervning birinchi mushak shaxobchasi o'tadigan zonasi bu ta'qiqlangan zona bo'lib, shartli chiziqlar orasida joylashgan birinchi chiziq distal teri burmasining radial



qirrasidan 5 barmoqning tirsak qirrasigacha o'tkazilgan chiziq hisoblanadi. Ikkinchisi 1 past va katta ko'p burchakli suyakning bo'g'im yorig'idan uchinchi barmoqlararo oraliqqacha o'tkazilgan chiziq - uchinchi chiziq 1 falanga bo'g'imidan kaftning gorizontal rasm tirsak tomonigacha o'tkazilgan chiziq.

Ta'qiqlangan sohaning distal zonasini uchinchi va ikkinchi chiziqlarining tutashgan qismi bir-biriga teng tomonlarga hosil bo'lgan soha hisoblanadi. Ana shu zonada operatsiya qilishda juda ehtiyot bo'lish kerak. Teri osti, timoq va o'rta falanga teri osti panaritsiysida operatsiya Oberst-Lukashevich usulida o'tkazuvchi anesteziya o'tkaziladi. Bunda avvaldan barmoqlar asosiga tasma qo'yiladi va qonsiz bemalol nekrotik to'qimalarni olgan holda o'tkazish mumkin. Og'ir shaklli panaritsiyalarda vena ichi anesteziyasi bilan panja va Pirogov bo'shlig'i flegmonalarida operatsiya qilinadi. Yiringli holatning tarqalishiga qarab bir va ikki tomonlama kesmalar qilish mumkin. Agar kaft sohasidagi abscesslar ochilganda albatta yarani drenajlash kerak. Eng foydali drenaj naylar qo'llanilsa yaralarni yuvib turish mumkin bo'ladi.

Teri osti va timoq osti panaritsiyalarida joyidan ko'chgan epidermis va timoq plastinkasi olinadi va 3 % perekis vodorod eritmasi bilan yuviladi.

Payli panaritsiyalarda uning qinlarini ochish uchun juft parallel kesmalar qilinadi va albatta drenaj qo'yiladi. Flegmonalarni ochilganda 1 va 5 barmoqlar sinovial qinlari drenajlanadi va albatta Pirogov- Paron bo'shlig'i ham ochiladi va drenaj naylar qo'yiladi. 2 va 5 barmoqlar pandaktilitida, infeksiyalar rivojlanib ketganida har xil davolash usullari yordam bermaganida barmoqlar ekzoartikulyatsiyasi qilinadi. 1 barmoq pandaktiliti bo'lganda barmoqni ekzoartikulyatsiya qilishga shoshilmaslik kerak. Chunki bukish-yozish harakatlari yo'qolganda 1 barmoqni qarama-qarshi qo'yish faoliyatini saqlab qolishi mumkin. Vaholanki busiz odam amaliyot faoliyati pasayib ketadi.

### Suyaklarning, bo'g'imlarning va shilliq bo'shliqlarning yiringli kasalliklari

**Osteomielitlar**-bu infeksiyon kasallik bo'lib, suyak to'qimasi, suyakning iligi, kompakt qismi, suyak usti pardasi va ayrim holatlarda atrof to'qimalarining yiringi yallig'lanishidir. Uzun naysimon suyaklarda 83-84 %, yassi suyaklarda 8-10,5 %, qisqa naysimon suyaklarda 5-6,5 %

uchraydi. Bemorlarning 33-38 % son suyagiga, 30-33 % katta boldir va 6-9 % yelka suyagida osteomiyelit rivojlanmaganligi aniqlangan.

O'tkir osteomiyelitda birlinchi o'chog'i oqma hosil qilish bilan suyakning metafizi va kamroq holatlarda epifiz qismidan boshlanadi. Buning sababi qon bilan ta'minlanishiga bog'liqdir. A. Bobrov (1889) va E. Lekser (1894) teorialari bo'yicha suyakning metafiz qismida qon aylanish sekinlashadi va yiringli infeksiyalarning chaqiruvchilari cho'kib qoladilar.

**Etiopatogenezi.** Osteomielit-bu polietiologik kasallik bo'lib, har xil nomaxsus infeksiyalar bilan chaqiriladigan kasallik, ko'pincha stafilokkoklar, kamroq holatlarda streptokokklar, pnevmokokklar, enterobakteriyalar ham chaqiruvchilar tarkibiga kiradi. Umuman 10-15 % osteomielitlarni mikroblar chaqiradi. Maxsus mikroblar ham chaqirishi mumkin - tuberkulyoz tayoqchalari, qorin tifi, oqish spiroxetalar, zamburug'lar ham chaqiradi. Agar kishi organizmida furunkul, karbunkul, yiringli sinusitlar, tonzillit, flegmona, abscesslar, saramas kabi yiringli o'choqlar bo'lsa qon orqali infeksiya suyak iligiga kiradi va yallig'lanish chaqiradi. Osteomielit ko'pincha o'g'il bolalarda, o'spirinlarda uchraydi. Yallig'lanish holati uzun naysimon suyaklarda - son, yelka va boldirda uchraydi. O'tkir gematogen osteomiyelit 70 % holatlarda bolalarda uchraydi.

### **Osteomielitni keltirib chiqaradigan xavf omillari**

1. Bolalar suyaklaridagi qon bilan ta'minlanishini alohida xususiyatlariga ega. Suyaklarning diafiz qismi magistral qon tomirlari bilan ta'minlanadi, uning metafiz va epifiz qismlari to'rsimon, mayda qon tomirlari va kapillyarlar bilan ta'minlanib mikroorganizmlarning cho'kib qolishiga moyil hisoblanadi. Bu holat Bobrov va Lekserning emboliya teoriyasi hisoblanadi.

2. Organizmning biologik va immunologik alohida xususiyatlari osteomielitning rivojlanishida muhim ahamiyati bor. Organizmning aniq bir reaksiyasi mavjudligida bakteriemiya va mikroblarning suyak iligiga tushganda yallig'lanish holatlarini chaqiradi. Bunday faktorlarga organizmning sensibilizatsiyasiga olib keluvchi-aseptik yallig'lanish infeksiyon kasalliklar, organizmda oqsillarning parchalanishiga olib keluvchi sabablar va har xil boshqa allergik holatlar kiradi. Bu adabiyotlarda C.M. Derijanov teoriyasi deyiladi.

3. Moyil sabablar- bularga suyaklarning travmasi, organizmning umumiy qarshilik xususiyatining pasayishi, charchash, infeksiyon kasalliklar asorati, gipovitaminozlar kabilar kiradi. Osteomielitlarning rivojlanishida nogemotogen yo'llar ham bor. Bunda mikroorganizmlar suyak iligiga tashqaridan - ekzogen o'qotar qurollari bilan yaralanganda, keng miqdorda yumshoq to'qimalarning ezilishi, ochiq sinishlar bo'lganda uchraydilar. Mahalliy rivojlangan yallig'lanish qon aylanishining buzilishi ya'ni stazga, tomirlar tromboziga va suyaklardagi oziqlanish holati buzilib nekroz paydo bo'ladi. Gemotogen osteomielitdan tashqi faktorlar natijasida rivojlangan osteomielitdan farqi yallig'lanish holati suyak iligida va suyak pardasidan ham hosil bo'lishi mumkin. Sekvestrlarning hosil bo'lishi birlamchi yoki travmalardan keyin va ikkilamchi suyaklarda nekroz bo'lib, osteomielitlardan keyin paydo bo'lishi mumkin.

**Gemotogen osteomielitlar-** yallig'lanish suyak iligidan boshlanadi-giperemiya, shish paydo bo'ladi. Keyinchalik yiringli infiltratsiya flegmona paydo bo'ladi. Bu davrda tomirlar trombozi va suyaklarda nekroz yuzaga chiqadi. Osteon Gavers kanallari orqali yiringli yallig'lanish tashqariga tarqaladi va periostit kuzatiladi. Suyak usti pardasi tagida yiringning yig'ilib qolishi natijasida suyak pardasi osti absessi hosil bo'ladi. Suyak pardasining yemirilishi natijasida yiring tashqariga atrofi to'qimasiga tarqalib paraossal flegmona paydo qiladi. Keyinchalik yallig'lanish teri va teri osti to'qimalariga o'tadi, hosil bo'lgan flegmona va absesslar o'zicha yorilib oqma hosil qiladi.

Qon tomirlardagi trombozlar suyakning oziqlanishini buzib suyakning kompakt qismida yallig'lanish chaqiradi-ostit, keyinchalik nekroz paydo bo'lib, sekvestr paydo qilib u asta-sekinlik bilan kuchaya boshlaydi. Sekvestrlar kortikal, total va markaziy bo'lishi mumkin. Bir vaqtning o'zida proliferatsiya'ning boshlanishi periostal qavatlanishiga olib keladi, ayrim hollarda suyaklanish-ossifikatsiya paydo bo'ladi. Ossifikatsiya boshlangandan keyin granulyatsiya to'qimasi paydo bo'lib, sekvestrlar qutisini hosil qiladi. Sekvestrlar, sekvestrlar qutisi va oqma hosil bo'lishi bu holatning surunkali shaklga o'tganligidan darak beradi, ya'ni ikkilamchi surunkali gematogen osteomielit boshlanadi. Suyakda bo'ladigan bu o'zgarishlar yallig'lanishning har xil muddatlarida paydo bo'ladi. Periostit 1,5-3 haftada, sekvestrlar 1-2 oydan keyin o'tkir osteomielitlarning birinchi rentgenologik belgilari, periostal o'zgarishlar o'rtacha 2 haftadan keyin paydo bo'ladi.

### **Osteomielitlarning tasnifi.**

I. Etiologiyasi bo'yicha:

1. Maxsus osteomielit
2. Nomaxsus osteomielit

II. Infeksiyalar tarqalish yo'li bo'yicha:

1. Gematogen
2. Nogematogen: a) travmatik. b) o'qotar qurollar. s) kontakt.

d) operatsion.

III. Klinik oqimi bo'yicha

1. gematogen: a) o'tkir (toksik, septikopiemiya, mahalliy shakllari)
2. nogematogen : a) o'tkir. b) surunkali.

**O'tkir gematogen osteomielit** - Kasallikning og'irligiga, patalogik holatning rivojlanish tezligiga, tarqalishiga va boshqa faktorlariga qarab o'tkir gematogen osteomielitlar uchta klinik oqimiga ega:

1. Toksik umumiy reaksiya bilan o'tadi.
2. Septikopiemik oqimida ikkilamchi infeksiyon diestruktiv o'choqlar hosil qilish bilan rivojlanadi.
3. Mahalliy yengil shakli.

**Toksik shakli**- septik intoksikatsiya bilan tezlikda o'tuvchi shakli bo'lib, birinchi soatlarda rivojlanib bir necha soat ichida o'lim holatiga olib kelishi mumkin. Hatto bu shaklida suyakning o'zida va atrof to'qimalarida o'zgarishlar rivojlanishga ulgurmaydi.

**Septikopiemik shakli**- bir nechta suyaklarda yiring destruktiv o'zgarishlar qisqa muddatda rivojlanib og'ir holatga o'tadi, qisqa vaqt ichida ichki a'zolarda abscesslar jigarda, o'pkada va buyraklarda hosil bo'ladi. Bakteremiya rivojlanib suyaklarda osteomielitik o'choqlar paydo bo'ladi va tez fursatda o'limga olib keladi.

**Mahalliy shakli**- bu mahalliy shakli yuqorida keltirilgan shakllarga qaraganda yengil o'tadi, yiringli-intoksikatsiya jarayonlari kuchsiz rivojlanadi, suyaklarda bitta yiringli destruktiv o'choq paydo bo'ladi.

Mahalliy o'zgarishlar umumiy infeksiyon holatlardan ustun bo'ladi va bu shakli aksariyat holatda surunkali shaklga o'tadi.

**Toksik shakli**- juda kam uchraydi, ko'pchilik bemorlarda mahalliy gematogen shaklida o'tadi.

**Kasallikning rivojlanishida gematogen osteomielitlarda quyidagi mahalliy o'zgarishlar uchraydi** - yiringli ekssudat ko'pincha 2 ta yo'l bilan tarqaladi.

Suyak iligi kanali va suyakning diafizar qismiga osteon kanali orqali (Gavers kanali) suyakning yuzasiga tarqaladi. Suyak usti pardasi tagida yiring yig'ilib va pardani suyakdan ajratib yuboradi. Yiringli yallig'lanish suyak atrofiga o'tadi va flegmona hosil qiladi, keyinchalik tashqariga oqma hosil qilib teshiladi, ayrim hollarda paraossal flegmonalar asosiy manbadan ancha uzoqda teshilib yiringli oqma yo'li hosil qiladi. Bunday holatlar chanoq suyagi, umurtqalar va son suyagi singanlarida paydo bo'ladi. Yiringning suyak kanaliga tirkalib suyakning kompakt qismini jarohatlaydi va suyak pardasi joyidan ko'chib suyak to'qimasida qon bilan ta'minlash buziladi va nekroz yuzaga chiqib sekvestr paydo bo'ladi. Intoksikatsiyaning rivojlanishi birlamchi osteomielitik o'choqning paydo bo'lishiga va yumshoq to'qimalariga o'tishi bilan oqma hosil bo'lishiga va xirurgik yo'l bilan paraossal flegmonalarini ochishga bog'liq bo'ladi.



**32 - rasm. O'tkir gematogen osteomielitlarning rivojlanish bosqichlari.**

**Klinik manzarasi.** O'tkir gematogen osteomielitlar bilan kasallangan bemor suyaklarida birdaniga boshlangan o'tkir og'riq ko'proq katta bo'g'imlar sohasida paydo bo'ladi. Og'riq juda qattiq bo'lib, bemorlar yig'laydi, qichqiradi, uyqusi buziladi va kichik harakat qilganda ham og'riq kuchayadi. Bemorlarda umumiy holsizlik, bosh og'rig'i, tana haroratini oshishi, varaja, ishtahaning yo'qligi kuzatiladi.

O'tkir gematogen osteomielitlar bilan asosan bolalar, o'smirlar, o'g'il bolalarda 3-5 marta qiz bolalarga qaraganda ko'proq uchraydi. Kasallik ayrim hollarda birdaniga boshlansa, ammo ayrim bemorlarda 1-2 kun umumiy noxushlik kuzatiladi.

Bemorlarning anamnezida kasallikka olib keluvchi faktorlar - oyoqlarning lat yeyishi, sovuqda qolish, angina o'tkazganligi, yiringli faringit, karioz tishlari borligi, yiringli holatlar-furunkul, panaritsiyalar, yaralar borligi ahamiyatlidir. Ana shu holatlar gematogen osteomielitning kelib chiqishiga manba bo'lib hisoblanadi. Bemorlarni ko'rik vaqtida umumiy yiringli intoksikatsiya belgilari - holsizlik, adinamiya, tormozlanish, yopishqoq ter, teri qoplamalari oqargan, hansirash, taxikardiya 110-120 ta puls, yurak tonlarining yaxshi eshitilmasligi, sistolik shovqin paydo bo'ladi, jigar va talog'i kattalashadi, qayt qilish, ichaklar parezi, buyraklari sohasida og'riq, Pasternaskiy simptomi musbat bo'ladi. Oyoqlari yarim bukilgan holda bo'ladi, faol va passiv harakatlarda jarohatlangan tomonda og'riqli va chegaralangan bo'ladi. Bemorlarni ko'rik paytida tovonga sekin urib ko'rilganda suyaklarda og'riq paydo bo'ladi. Suyaklarning metafizida og'riq bo'lsa bu osteomielitning boshlanishi belgisidir. Keyingi davrlarda suyaklarning kasallangan sohalari terisida taranglanish, infiltratsiya va giperemiya kuzatiladi. Paypaslanganda yumshoq to'qimalarda infiltratsiya aniqlanadi, mahalliy harorat paydo bo'ladi.

**O'tkir gematogen osteomielitlarning o'tib ketgan vaqtida flegmona belgilari:** shish, terisi giperemiya, flyuktuatsiya aniqlanadi. Ayrim holatlarda bemorlar flegmonalarning o'z-o'zidan yorilishi bilan tugallanadi. Agar protsess nomotadil holatda rivojlanganda 3-4 hafta o'tgandan keyin suyaklarda patalogik harakat ya'ni suyaklarda nekroz rivojlanib patalogik sinish yuzaga keladi. Birlamchi o'choq metaepifizar zonada bo'lsa unga yaqin bo'g'imlar yallig'lanish holatlariga uchraydi, ya'ni artrit belgilari paydo bo'ladi. Bo'g'im konturlari yassilanadi, flyuktuatsiya, harakat hajmi pasayishi, og'riq, diagnostik punksiya qilinganda yiring topiladi. Mana shu mahalliy simptomlar orqali diagnoz qo'yish mumkin. Ammo diagnostik qiyinchilik yumshoq to'qimalar yiringli holatga tortilmaguncha yengil hisoblanadi. Agar o'tkir gematogen osteomielitlarda yumshoq to'qimalarda yiringli holat bo'lganda diagnoz qo'yish qiyinlashadi. Bunda diagnostik punksiya eng muhim diagnostik usuldir.

Suyakning metafiz qismidan punksiya (osteoperforatsiya) qilinishi kerak. Punksiyada yiringdan tashqari suyak iligi kanalida bosim oshadi 300-400ml suv ustunigacha oshadi. Normada 50ml suv.ust teng.

**Diagnostikasi.** O'tkir gematogen osteomielitga hos leykotsitoz  $20.0-10^9/l$ , neytrofillar soni oshadi, gemoglobin miqdori pasayadi,

disproteiniemiya rivojlanib, albumin fraksiyasi kamayadi,  $\alpha_1$ - $\alpha_2$  globulinlar ko'payadi. Siydikda oqsil, leykotsitlar, silindrlar paydo bo'ladi.

Septikopiemiya rivojlansa bakteriuriya kuzatiladi. Rentgenologik o'zgarishlar 12-14 kunlarda paydo bo'ladi. O'tkir gematogen osteomielitlarga erta tashhishlashda radionukleid va ssintigrafiya ham yordam beradi.

**O'tkir gematogen osteomielitlarni differensiyalash:** - revmatizm, travmalar asoratlari, suyak tuberkulyozi, tif kasalligida suyaklardagi o'zgarishlar bilan o'tkazilishi kerak. Revmatizmida mayda bo'g'im jarohatlanadi, osteomielitda bitta bo'g'im jarohatlanadi. Revmatizmida bo'g'imda seroz suyuqlik topilsa, osteomielitda yiring aniqlanadi. Osteomielit suyakning -metafizida, revmatizmida epifizda jarohat paydobo'ladi. Tuberkulyozda - oyoqlardagi mushaklar atrofiyasi, osteoporoz, rentgenda - eriyotgan shakar belgisi paydo bo'ladi.

**Davolash.** Gematogen osteomielitlarni davolash kompleks holda o'tkaziladi: xirurgik va konservativ davolash amalga oshiriladi. Paraostal flegmonalar bo'lganda xirurgik yo'l bilan ochiladi, osteoperforatsiya qilinadi. Operatsiyadan keyin yara drenajlanadi va immobilizatsiya qilinadi.

Optimal xirurgik davolash- erta dekompressiya qilish, suyakda bir nechta frezali teshiklar qilish, yumshoq to'qimalarni batamom ochish kerak. Frezali teshiklar orqali suyak kanaliga drenaj naylar qo'yiladi va sanatsiya qilinadi. Drenaj orqali 7-10 kun davomida antiseptik moddalar bilan yuviladi. Konservativ davolash- antibiotikoterapiya, immunoterapiya, dezintoksikatsion tadbirlar, moddalar almashinuvini korreksiya qilish. Immunoterapiya - passiv immunizatsiya (giperimmun antistafilokokkli plazma, stafilkokk gamma-globulini). Stafilkokk anatoksini, bakteriofaglar va nomaxsus immunizatsiya- prodigiozan, lizotsim, dioksidmetiltetragidropirimidin va desensibilizatsiyalovchi preparatlar qilinadi.

**Surunkali gematogen osteomielitlar** - kelib chiqishida o'tkir gematogen osteomielitning asorati sifatida paydo bo'lishida bir nechta sabablari bor. Ularning eng bosh sababchisi o'tkir gematogen osteomielitni davolashning kech o'tkazilishi va yiringli manbalarni to'liq drenajlamaslik hisoblanadi. Bu asosan suyak usti pardasini to'liq bor uzunligi bo'yicha kesmaslik va frezali teshiklarni yetarli daraja keng qilmaslik va mayda teshiklardan yiringning yaxshi oqib chiqmasligidir.

Yana muhim xatolardan antibiotiklarni patogenlarga ta'sirchanligini aniqlamasdan qo'llash va ularni sababsiz erta kursiy davolashini to'xtatishdir. Bundan tashqari surunkali shakliga o'tishida patomorfologik o'zgarishlarga ya'ni to'la sekvestr hosil bo'lib, osteomielitik bo'shliq osteoliz o'rmda hosil bo'ladi. Bu holat 2-3 oydan keyin kasallik boshlangandan keyin paydo bo'ladi.

**Klinik belgilari:** Surunkali osteomielitning klinikasi 2 fazadan-residiv va remissiya fazasidan iborat. Patogen floralarning kuchsizlangan organizmda, sovuqda qolish, travmalar sababli surunkali osteomielit qo'zg'alish beradi- residiv fazasi boshlanadi. Antibiotiklar bilan davolash natijasida o'ziga o'zicha yallig'lanish holati o'tib ketadi va remissiya fazasi boshlanadi. Ana shunday fazalarning o'zgarishi ko'p marta qaytalanishi mumkin. Surunkali osteomielitga hos asosiy belgilardan quyidagilar mavjud: residivli o'tishi, sekvestrlarning hosil bo'lishi, yiringli oqmalarning paydo bo'lishi, osteosklerozlarning kuzatilishi.

Surunkali osteomielitning residiv davrida – bemorlar ahvoli yomonlashadi: umumiy holsizlik, kuchsizlik, bosh og'rig'i, tana harorati ko'tariladi, terlash, varaja, oyoqlarda og'riq va oqma paydo (yiringli) bo'ladi. Ayrim holatlarda osteomielit o'choqlarida shish, giperemiya, kuchli og'riq, yumshoq to'qimalarda infiltratsiya, keyinchalik flyuktuatsiya simptomi paydo bo'ladi va oqma ochiladi. Oqma yangi joyda paydo bo'lishi mumkin. Yiring oqib chiqib ketgandan keyin bemorlar ahvoli yana yaxshilanadi, ko'p belgilar o'tib ketadi va qayta remissiya fazasi boshlanadi. Keyinchalik bu faza yana residiv berishi mumkin. Shunday qilib surunkali osteomielitga hos bu fazalarning doimiy qaytalanib turishi mumkin.

Demak surunkali gematogen osteomielitda – surunkali yiringli intoksikatsiya davom etaveradi, bu holat qonda o'zgarishlarga (leykotsitoz, echt (eritrotsitlar cho'kish tezligi) ko'tarilishi, disproteinemiya) va buyraklar funksiyasini buzadi.

**Diagnostikasi:** Bemorlarning anamnezida oldin o'tkir gemotogen osteomielit o'tkazganligi yoki suyaklar sinishi va uning yiringli asoratlari borligi muhimdir.

Eng muhimi kasallikning residivi va remissiya davrining davomiyligini, oqma orqali suyak bo'laklari chiqqanligini aniqlash zarur. Mahalliy o'zgarishlarni aniqlashda, yumshoq to'qimalardagi infiltratsiya, terisida giperemiya va uning tarqalishi, flyuktuatsiya siptomining



borligini aniqlash zarur. Oqmani zond bilan tekshirib, uning lokalizatsiyasini, uning faoliyatini aniqlash mumkin.

Diagnostik muhim ahamiyatga ega rentgen bilan tekshirishdir. Bunda sekvestrning borligi, osteomielitik bo'shliqning holatini, surunkali periostit, suyaklardagi osteomielitik jarohatning hajmini aniqlashdir. Juda muhim axborotni- fistulografiya orqali olish mumkin. Ssintigrafiya - yallig'lanish borligini aniqlashda yordam beradi. Bu usulda surunkali osteomielitni suyaklardagi o'sma, shishlardan differensiallashda o'ta muhim hisoblanadi. O'tkir osteomielitlarda birinchi kun ko'plarda rentgenografiya yaxshi informatsiya bermaydi, radioizotop tekshirishlar to'qimalardagi yallig'lanishni aniqlashda ko'proq foydalidir. Suyaklar to'qimasidagi mayda sekvestrlarni, osteomielitik o'choqlarni va atrof tuzilmalar to'g'risida aniq ma'lumotni kompyuter tomografiya beradi. Albatta mikrofloraning antibiotiklarga sezgirlini aniqlash, spesifik va nomaxsus immunobiologik reaktivligini o'rganish muhimdir.

Ko'pincha surunkali osteomielitlarda stafilokokklar, grammanfiy mikroflorali monokulturalar aniqlanishi yana antibiotiklarga chidamli bir necha mikroblar assotsiyatsiyalari uchraydi. Surunkali osteomielitlarda stafilokokklarning antitoksik titri va nomaxsus immunobiologik reaktivligi susaygan: komplement titri, leykotsitlarning fagotsitar aktivligi, T- limfotsitlar bor.

**Davolash:** Xirurgik davolashga- surunkali osteomielit bilan ko'rsatma bu sekvestrlar, yiringli oqma, suyaklarda osteomielitik bo'shliqning borligi, osteomielitik yaralar, yolg'on bo'g'imlar hosil bo'lib, ularning malignizatsiya berishi, residivlar sonining oshishi, og'riqli sindromlar, intoksikatsiya va tayanch-harakat tizimidagi faoliyatining buzilishi, surunkali yiringli infeksiyaning hayotiy muhim a'zolarga asoratlar berishidir. Operatsiyaga qarshi ko'rsatma- bu buyrak yetishmovchiligida (amiloidoz hosil bo'lsa), yurak tomir yetishmovchiligida, nafas yetishmovchiligida. Surunkali osteomielitlarda radikal operatsiya- bu nekrektomiya qilishdir. Bunda atrof yumshoq to'qimalari bilan birga surunkali yallig'lannish o'chog'ini bartaraf qilishdir. Radikal operatsiyani keyingi etaplarida suyak bo'shliqlarini sanatsiyasi va bo'shliqni plastika qilishdir. Xozirgi vaqtda plastika uchun mushak laxtug'i qon bilan ta'minlanadigan oyoqcha hosil qilgan holda qo'llaniladi. Ayrim holatlarda autogen va konservatsiya qilingan suyak to'qimalari, xondroplastin (konservatsiya qilingan tog'ay), juda kam holatlarda teri plastikasi ishlatiladi. Bundan tashqari biopolimerlar:

kollagen so'rg'ich (gubka), har xil kleyli kompozitsiyalar, biopolimerli plomba. Bu materiallar tarkibida suyak to'qimasi regeneratsiyasini aktivlashtiradigan materiallar bor.

Operatsiyadan keyin yaraga drenaj naylar qo'yilib 7-15 sutka mobaynida antiseptik moddalar bilan yuvib turiladi.

Nekrektomiya qilingandan keyingi davrdagi davolash quyidagi pritsiplarga asoslanishi kerak:

1. Anibiotikoterapiya
2. Immunoterapiya
3. Mahalliy, fizioterapevtik muolajalar-UZ terapiya, elektroforez.

Albatta operatsiyadan keyingi davrda infuzion-transfuzion davolash ham o'ta muhim: qon va qon preparatlarini, oqsilli qon o'rmini bosuvchi moddalar, elektrolitik suyuqliklar, immunoterapiya, osteomielitik holat bor oyoqlarni immobilizatsiya qilish va davolash fizkulturasi qilinishi kerak.

**Birlamchi- surunkali osteomielitlar** boshlanishidan surunkali tus oladi. Ularning klinik kechishi atipik holatga o'tadi. Osteomielitlarning bu turiga :abscess Brodi, Garrening sklerozlovchi osteomieliti, Ollye albuminozli osteomieliti kiradi.

**Suyak ichi Brodi abssessi.** Bu abssessda suyakning ko'mik qismi zararlanadi, keyinchalik abscess rivojlanib bo'shliq paydo bo'ladi. Bu bo'shliqda yiring seroz yoki gemorragik suyuqlik va ayrim holatlarda to'qima detritlari bo'ladi. Bunday abscesslarni asosan stafilokokklar chaqiradi. Asosiy lokalizatsiyasi katta boldir suyagining proksimal qismida bo'ladi. Bu osteomielit ko'pincha kam virulentli infeksiyalar va organizmning reaktiv qobiliyati past bo'lgan kishilarda uchraydi.

**Kasallikni klinik manzarasi** har xil. Shu suyakka bosganda og'riq sezilishi mumkin, yoki xavo (sovuq) o'zgarganda, jismoniy yuklama ko'payganda og'riq paydo bo'lishi mumkin. Boshqa yiringli o'choqda deyarli yuzaga chiqadigan belgilari bo'lmaydi, tana haroratining ko'tarilishi, varaja va boshqa simptomlari bo'lmaydi. Ayrim holatlarda o'sha sohada terida qizarish, tana haroratining ko'tarilishi, og'riq, harakat qilganda og'riqning kuchayishi kuzatilishi mumkin. Shunday holat yillab davom etishi mumkin. Ko'rikda deyarli aniq informatsiya olib bo'lmaydi. Rentgen-qilinganda suyakning metafiz qismida 2-2.5 smli bo'shliq aniqlanadi, atrofida sklerotik to'qima paydo bo'ladi. Asosiy davolash usuli-xirurgik yo'ldir. Suyakning bo'shliq bor joyini trepanatsiya qilinib

yiringni oladi, bo'shliqni kqrib tozalaydi. Yarani tikish mumkin yoki mushak laxtasi bilan to'ldiriladi.

**Sklerozlangan osteomielit Garre** - Osteomielitning bu turi o'tkir osti, og'riqsiz va yallig'lanish belgilarisiz boshlanadi. Bu turda flegmona va oqmalar hosil bo'lmaydi, juda kam holatlarda bo'lishi mumkin.

**Klinik kechishi** juda sekin, oyoqlarda og'riq, ayniqsa kechasi og'riq bo'lib, tana harorati ko'tarilishi mumkin, ECHT ko'tariladi va leykotsitoz bo'ladi, Rentgenda- uzun naysimon suyaklarda skleroz aniqlanadi. Ana shu skleroz fonida suyaklar to'qimasida siyraklanish aniqlanadi. Suyakning ilik kanali qisqaradi va to'la skleroz bo'lib, qolishi murnkin, diafiz qismi qalinlashadi.

**Davolash** asosan konservativ – antibiotikoterapiya (linkomitsin, yarim sun'iy penitsillin) elektroforez, UVCh-terapiya qilinadi. Xirurgik davolashni maqsadi mayda osteomielitik suyak bo'laklarini olib tashlashdir.

**Albuminozli osteomielit Ollye** - Osteomielitning bu turi boshlanishidan yallig'lanish belgilariga ega bo'lmagan holda kechadi. Bemorlarda lokal o'zgarishlar kuzatilishi mumkin, yumshoq to'qimalarida infiltratsiya va kuchsiz terida giperemiya bo'ladi. Yiringning o'miga osteomielitik o'choqda seroz suyuqlik- oqsilga boy yoki mutsinoz suyuqlik yig'ilishi kuzatiladi. Ana shu suyuqlikni ekilganda stafilokokklar va streptokokklar topiladi. Infeksiyaning kam virulentlik bo'lishi, ehtimol organizmning immunobiologik kuchi yetarli bo'lishi sababli yiring bo'lmaydi. Ana shunday sekin o'tishi suyakda destruksiya chaqirishi mumkin va ikkilamchi infeksiya qo'shiladi. **Davolash.** Asosiy maqsad albuminoz osteomielit o'chog'ini bartaraf qilish va surunkali yiringli yallig'lanishni yo'qotishdir.

### **Osteomielitlarni boshqa shakllari**

#### **1. Atipik shaklli birlamchi surunkali osteomielitdir.**

1. Antibiotikli osteomielit-boshlanishidan sekin kechadi, ko'p bo'lmagan leykotsitoz, ECHT ning ko'tarilishi, flegmona va oqmalar bo'lmaydi. Suyak to'qimasida mayda osteomielitik o'choqlar bo'lib, ular skleroz bo'lgan joylar bilan birga aniqlanadi. Bu kasallik uzoq vaqt antibiotiklar qabul qilishi natijasida osteomielitik paydo bo'lmasdan oldin olinganlarda uchraydi.

2. **Tifdan keyingi osteomielitlar.** Bu kasallik infeksiyon kasallik o'tkazgan bemorlarda yoki kasallikning oxirida boshlanadi. Kasallik skarlatina, gripp, tif kasalligidan keyin (qorin tifi, toshmali tif, paratiflar) uchraydi. Kasallik juda sekinlik bilan o'tadi, virulentligi pasaygan. To'g'ri tashxis qo'yish uchun 2 ta holatni: 1) infeksiyon kasallik o'tkazgandan keyin 2) torpid holda (juda sekinlik bilan) o'tishi. **Davolash-** surunkali osteomielitlarni davolash prinsipi asosida olib boriladi.

3. **Fibroz osteomielit-osteomielitlarning** alohida shakli bo'lib, o'tkir osti kechadi. Bunda suyakning o'zi va uning iligi yallig'lanib destruktiv o'zgarishlarga olib kelmaydi. Bunda suyak iligi qo'shuvchi to'qima bilan qoplanadi, keyinchalik suyak to'qimasi batamom sklerozga va metaplaziyaga uchraydi.

4. **Shishsimon osteomielit** bu birlamchi surunkali osteomielitning alohida kam uchraydigan shakli hisoblanadi. Bunda kasallik shish infiltrat yumshoq to'qimalarda bo'lib, o'smalarga o'xshash holatni eslatadi. Bemorlar kechasida ham og'riqqa shikoyat qiladi, flegmanoz o'zgarishlar bo'lmaydi, sekvestratsiya va oqmalar ham uchramaydi. Differensial diagnozi qiyin, rentgenda osteogen sarkomaga o'xshash manzarasini beradi. To'g'ri diagnoz qo'yish uchun biopsiya va mikrobiologik tekshirishlar o'tkazilishi kerak.

5. **Nogematogen osteomielitlar.** Bularning bir necha turi bo'lib, yiringli holatni suyakka va atrof to'qimalarga o'tishi har xil travmalarda, ochiq travmalarning asoratlanishida (suyaklar sinishi) ya'ni o'qotar qurollar bilan yaralanganda infeksiya tushishi bilan yiringli holatlar rivojlanadi. Osteomielit suyaklarga yaqin to'qimalarga va mushaklarga tarqaladi. Xuddi shunday osteomielit boshlanadi, boldir suyagida saramasning flegmonoz shaklida, suyak panaritsiyalarida, bosh suyagi osteomielitlarida yuzaga chiqadi. Boshning soch qismidagi infeksiyalangan yaralarda aponevroz erib ketib yumshoq to'qimalarga tarqalib ketadi.

Yiringli destruktiv holatlar suyaklarga o'tadi va qo'shni a'zolarga tarqaladi va odontogen osteomielit jag'da va otogenli osteomielit chakka suyagida uchrashi mumkin.

Ochiq jarohatlarda bo'ladigan yiringli destruktiv yallig'lanishlar osteomielitga olib keladi va uni **postravmatik osteomielit** deyiladi.

**Postravmatik osteomielitlarni-** kelib chiqishida nafaqat yaralarning va yumshoq to'qimalarning ifloslanishi hatto ochiq

sinishlarda suyaklarning o'zidagi ifloslanishlar ham muhimdir. Bundan tashqari ana shunday travmalarda birlamchi xirurgik ishlovlar, suyak parchalarini metall fiksatorlar bilan mahkamlash ham alohida o'rin tutadi.

Postravmatik osteomielitlarning kelib chiqishi quyidagicha: ochiq sinishlar, yumshoq to'qimalarni katta jarohati, ularning chuqurda joylashishi, qo'li ifloslanishi, yiringlashi, yiringli yallig'lanishning suyak to'qimasiga suyakning singan qismidan o'tishi. Postravmatik osteomielitning rivojlanishi tana haroratining ko'tarilishi, umumiy ahvolining og'irlashishi va yarada yiringli jarayonning paydo bo'lishi bilan kechadi. Mahalliy o'zgarishlar teri qoplamasining giperemiyasi, yumshoq to'qimalarda shish va yaraning ichidan yiringli moddaning ajralishi bilan xarakterlanadi. Yaradan yiringning ajralishi, uning suyak parchalari bilan bog'liqligi va yiringli oqmaning paydo bo'lishi postravmatik osteomielitni paydo bo'lganligidan darak beradi. Bu vaqtda rentgenologik tekshirishda suyak singan sohasida o'zgarishlar topiladi, osteoporoz va suyak parchalari atrofida bo'shliq ham aniqlanishi mumkin. Agar o'qotar qurollari bilan yaralanganda rentgenda o'q va snaryad parchalari topiladi va ular yiringli jarayonni ushlab turadi. Postravmatik osteomielitlar ham gematogan osteomielit kabi o'tadi: o'tkir davri surunkali holatga o'tadi, remissiya va residiv davrlariga ega bo'ladi. Postravmatik osteomielitlarda yolg'on bo'g'im hosil bo'ladi.

**Davolash.** Postravmatik osteomielitlarni albatta operativ davolash zarur. Sekvestrlar, nekrozga uchragan suyak parchalari, yiringli granulyatsiya va oqmalar kesib olinishi kerak. Suyaklarga qo'yilgan metall konstruksiyalarni olishga shoshmaslik kerak. Agar ular immobilizatsiya xususiyatini yo'qotganda (intramedullyar osteosintez) yoki suyak katta qismi jarohatlanganda olinadi. Suyaklar singanda o'choqdan tashqari osteosintezlar osteomielit asorati bilan qo'yilganda ular davolash immobilizatsiyasi hisoblanadi. Agar singan suyaklarda bitish xususiyati bo'lmaganda, kompression osteosintez qilinadi. Yolg'on bo'g'imlar bo'lganda ularda surunkali osteomielit bilan kechganda osteomielit bartaraf qilingandan keyin, suyak uchlari sog' to'qimagacha kesilib, autotransplantatsiya qilinishi mumkin. Postravmatik osteomielitlarning profilaktikasi ikkilamchi ochiq yaralarni ifloslanishiga yo'l qo'ymaslik, bunda alohida birlamchi xirurgik ishlov muhim hisoblanadi, ochiq sinishlarda metallo-osteosintezga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarini yaxshi hisoblash zarur.

**Yiringli artritlar (arthritis purulenta)**- bo'g'implardagi yallig'lanish holatini yiringli mikroblar tomonidan chaqirilishidir.

**Etiopatogenezi.** Yiringli artritlarni yiringli mikroblar floralari chaqiradi. Bu mikroblar floralarning asosini stafilokokklar va boshqa mikroorganizmlar (streptokokk, pnevmokokk, enterobakteriyalar, gonokokklar va boshqalar) tashkil qiladi. Yiringli artritlar birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Birlamchi infeksiyalar bilan ifloslanish bo'g'implarning jarohatlarida, ikkilamchi artritlar bo'g'implarga gematogen yo'li bilan tushadi. Bo'g'imdagi o'zgarishlar yallig'lanishning jarayonlariga bog'liqdir (seroz, yiringli, fibrinoz, chirish). Yallig'lanish holatining butun tog'ayga, epifizning ko'mik qismiga o'tishi, osteoartritning boshlanishini ko'rsatadi. Yallig'lanish bo'g'implarda ekssudat hosil bo'lishiga olib keladi, giperemiya, shish, sinovial qobiqda leykotsitar infiltratsiya paydo bo'ladi va sinovit rivojlanadi. Bu holat bo'g'imning hamma qismlariga tarqalib- bo'g'im xaltasi flegmonasini paydo qiladi. Yallig'lanishning atrof to'qimalarga tarqalishi paraartikulyar flegmonaning paydo bo'lishiga olib keladi va yiringli oqmalar hosil qiladi. Yiringli-yallig'lanishga o'ta moyil bu tizza bo'g'imi (gonit) hisoblanadi. Chanoq son bo'g'imi (koksit) va yelka (omartrit) bo'g'implarida ham uchraydi, qolgan bo'g'implarda kam uchraydi.

**Klinikasi va diagnostikasi:** O'tkir boshlanadi, kuchli og'riq, bo'g'imda harakat chegaralangan, taranglanish, infiltratsiya va terida giperemiya, bo'g'imning konturi o'zgaradi. Agar asoratlansa mahalliy flegmona belgilari paydo bo'ladi. Umumiy simptomlariga yiringli intoksikatsiya belgilari: baland harorat, holsizlik, o'zini yaxshi sezmaslik, varaja, terlash, hushining o'zgarishi, rivojlanuvchi anemiya. Yiringli artrit bilan bemorlarni tekshirishda anamneziga- bo'g'implarda jarohatlar bo'lganligini aniqlash. Agar travma bo'lmasa- bo'g'imga gematogen yo'l bilan infeksiya tushgan bo'ladi. Obyektiv ko'rilganda: bo'g'implarda yarim bukilgan holat, terisida giperemiya, bo'g'imning konfiguratsiyasi buziladi. Paypaslaganda mahalliy harorat, og'riq, flyuktuatsiya bu bo'g'imda suyuqlik borligini yoki paraartikulyar flegmona rivojlanganligidan darak beradi. Agar bo'g'imda ko'p miqdorda suyuqlik yig'ilganda tizza bo'g'imida- tizza usti qopqog'ining ballotatsiyasi siptomi paydo bo'ladi. Bunday holatlarda bo'g'imni punksiya qilish o'ta muhim hisoblanadi: suyuqlikning xarakteri (seroz, yiringli, yiringli-gemorragik) bo'lishi mumkin. Suyuqlik batamom olinib mikrobiologik va antibiotiklarga ta'sirchanligini aniqlash uchun tahlillar o'tkaziladi. Qonda-

leykotsitoz, neytrofillyoz, ECHT ko'tariladi, disproteinemiya bo'ladi. Rentgen tekshirishlarda - bo'g'im yorig'i kengayadi, suyakning bo'g'imga tegishli epifizar qismida osteoporoz paydo bo'ladi.

**Davolash.** Yiringli artritlarni mahalliy va umumiy davolash mumkin.

Mahalliy:

A) punksiya qilib bo'g'im ichidagi suyuqlikni chiqarish, bo'g'im bo'shlig'ini antiseptik moddalar bilan yuvish, antibiotiklar yuborish. Davolash punksiyasini har kuni yallig'lanish holati to'xtaguncha o'tkazilishi kerak.

B) Oyoqlarni immobilizatsiya qilish (gipsli longeta yoki davolash shinalari orqali)

V) fizioterapiya- UVCh, kvars bilan nurlash, elektroforez- (tripsin, antibiotiklar bilan)

G) yallig'lanish tamom bo'lgandan keyin- davolash fizkulturasi qo'llaniladi.

**Umumiy davolash-** antibiotiklar (mikrobiologik tekshirish bilan) immunoterapiya, qon quyish, plazma, oqsil gidrolizatlari, qon o'rmini bosuvchi suyuqliklar, dezintoksikatsion terapiya, ratsional oziqlantirish. Xirurgik operatsiyalarga- artrotomiya- qachonki punksiya usul yaxshi yordam bermasa qilinadi. Artrotomiya- qilinganda ichidagi suyuqlik chiqarilib, fibrinoz qoplamalardan tozalanadi, drenaj nay qoldirilib antiseptik moddalar bilan yuviladi. Paraartikulyar flegmona bo'lsa uni ochib drenajlanadi va keyingi davolash xuddi yiringli yaralarni davolashdek o'tkaziladi.

**Bursit (bursitis)-** bu bo'g'imdagi shilliq qopchalarning yallig'lanishidir. Bo'g'im qopchasi shilliq qopi qo'shuvchi to'qimadan iborat, silliq ichki yuzasiga ega bo'lib, endoteliy bilan qoplangan va sinovial suyuqlik ishlab chiqaradi. Ana shu sinovial suyuqlikning yallig'lanishi yiringli bursit deyiladi.

**Etiopatogenezi-** bursitga olib keluvchilar: stafilokklar, gonokokklar, pnevmokokklar, tuberkulyoz va ichak tayoqchalari. Bo'g'im qopchasiga mikroblar limfatik yo'l bilan yaqinda joylashgan yiringli manbalardan (saramas, flegmona, karbunkul, furunkul, osteomielit) tushadi. O'tkir bursitlarni boshqa kasalliklar (angina, gripp, revmatizm) asoratlari sifatida paydo bo'ladi. Doimiy mexanik travma bo'g'im qopchasining shilliq pardasida reaktiv yallig'lanish chaqiradi va ekssudat (seroz yoki seroz-gemorragik) paydo bo'ladi, terisida bo'lgan

yiringli holat (mikrotravmalar) piodermiyalar yiringli bursitga olib keladi. Bu protsessning atrof to'qimalariga tarqalishi flegmona paydo qiladi va yiringli bursitda bo'g'imning shilliq qavatiga erib nekrozga uchrashi mumkin va yiringning atrof to'qimalariga oqishiga olib ketadi. Natijada katta mushaklararo flegmona paydo bo'ladi, agar juda o'tib ketgan holatlarda uzoq bitmaydigan oqmalar hosil qiladi.

**Klinikasi:** Paypaslaganda shish, og'riq aniqlanadi, terisida shish, mahalliy harorati bo'ladi, ehtimol flyuktuatsiya aniqlanishi mumkin. Umumiy holsizlik, tana haroratining 38-38.5 °C gacha ko'tarilishi, leykotsitoz kuzatiladi.

**Diagnostikasi:** Uning tipik yallig'lanish belgilari, bo'g'im bo'shlig'ini punksiya qilish. Ekssudatni olib tashlash, bakteriologik tekshirishlar, maxsus chaqiruvchilarning borligi (gonokokk, burusellyoz tayoqchasi) diagnostikani yengilashtiradi. Asosiy bursitni artritdan ajrata bilish kerak, bursit artritdan bo'g'imda harakatning saqlanib qolishidir.

**Davolash.** Bo'g'imdagi suyuqlikni tortib olib, antibiotiklar yuborish ayrim holatlarda to'liq davolaydi. Agar ana shu usul yordam bermasa-xirurgik yo'l bilan bo'g'im xaltasi ochiladi, yiring olinadi, keyin yiringli yarani davolash usuli davom ettiriladi.



## II - BOB

### SEPSISNING KLINIKASI, DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH

**Sepsis tushunchasi** - odam organizmining har xil infeksiyalar (bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar) chaqiradigan tizimli yallig'lanishga javob reaksiyasi natijasida kelib chiqadigan patologik holatdir.

Sepsisning klinik interperitatsiyasi patogeneziga asoslangan holda diagnostik kriteriyalari va klassifikatsiyasi Amerika pulmonologlari kolleji va meditsinada kritik holatlari jamiyatining o'zaro kelishuvi asosida R. Bone rahbarligida quyidagicha taklif qilingan (1992 y Consensus Conference, AQSH)

4-jadval

#### Sepsisning diagnostik kriteriyasi va tasnifi

Patologik holati	Kliniko-laboratoriya belgilari
Organizmning har xil kuchli ta'sirlovchilariga (infeksiya, travma, operatsiya va hakoza) tizimli reaksiyasi - yallig'lanishga tizimli reaksiya sindromi (SIRS)	Quyidagi 2 va undan ko'p belgi va xususiyatlari Tana harorati $\geq 38^{\circ}\text{C}$ yoki $\leq 36^{\circ}\text{C}$ . Yurak qisqarishi soni $\geq 90/\text{min}$ Nafas soni $> 20/\text{min}$ yoki giperventilyasiyasi Pa CO <sub>2</sub> $\leq 32\text{mm.sim.ust}$ Qondagi leykositlar soni $> 12 \times 10^9/\text{ml}$ yoki $< 4 \times 10^9/\text{ml}$ yoki yosh shakli $> 10\%$
Sepsis - mikroorganizmlar invaziyasiga, yallig'lanishga tizimli ta'sir reaksiyasi	2 va undan ko'p infeksiyalar o'chog'i borligi belgilariga yallig'lanish tizimli javob reaksiyasi (SIRS)
Og'ir sepsis	A'zolar disfunktsiyasi, gipotenzivasi, to'qimlar perfuziyasi buzilishi qo'shma holatdagi - sepsis.

	Uning laktat konsentratsiyasining ko'tarilishi, oligouriya va hushning o'tkir buzilishi bilan sodir bo'lishi
Septik shok	To'qima a'zolar gipoperfuziyasi, arterial gipotoniyaning infuzion terapiya bilan bartaraf qilib bo'lmay, katexolaminlar tavsiya qilish zarurligidagi sepsis
Qo'shimcha aniqlash ko'p a'zolar disfunktsiyasi sindromi	2 va undan ortiq a'zolar disfunktsiyasi
Refraktor tizimli shok	Adekvat infuziya qilishga qaramay - gipoproteinemiyaning saqlanishi, inotrop va vazopressorlarning qo'llanilishi

1. **Sepsis** - "diagnozi" 2 ta va undan ortiq SIRS simptomlarining, infeksiyon holatlar borligi fan asosida isbotlanganda (shunga taalluqli va bakteriostatik verifikatsiya qilinishi).

2. **Og'ir sepsis**-og'ir sepsis diagnozi sepsis bilan bemorda a'zolar etishmovchiligi (sepsis, a'zolar disfunktsiyasi bilan qo'shma bo'lganda, gipotenziya, to'qimalar perfuziyasining buzilishi laktat konsentratsiyasining ko'tarilishi, oligouriya, hushning o'tkir buzilishi) topilganda qo'yiladi.

3. **Septik shok**- og'ir sepsisning to'qimalar va a'zolardagi gipoperfuziyasi belgilari va arterial gipotenziya bo'lib infuzion terapiya bilan bartaraf qilinmagan va katexolaminlar tavsiya qilishga talab qilinganda septik shok diagnozi qo'yiladi.

4. **Sepsis induksiyalashgan gipotoniya** qonning sistolik bosimi 90mm.sim.ust yoki 40mm.sim.ust dan yuqori bo'lishi mumkin, bemorlarda arterial gipertenziasining boshqa sabablari bo'lmaganda: gipotoniya qisqa muddat ichida suyuqliklar induksiya qilishda bartaraf qilinsa.

5. **Ko'p a'zolar disfunktsiyasi yetishmovchiligi** kuzatilganda, og'ir sepsis bilan 2 ta va undan ortiq a'zolar disfunktsiyasi.

6. **Refraktor septik shok-** arterial gipotoniya adekvat infuziya qilinganligiga qaramay saqlangan, inotrop va vazopressorlar yordam qilishi zarurligi. Bundan tashqari sepsis quyidagi keltirilgan kriteriyalar bilan ham klassifikatsiya qilinadi.

Chaqiruvchilarning tabiati asosida: infeksiyaning kiruv darvozasi va lokalizatsiyasi bo'yicha: sepsisni chaqirgan asosiy kasalliklar harakteri bo'yicha: sepsisning o'tkir kechishi va o'tish muddatining davomiyligiga asosan.

I. **Chaqiruvchilarning tabiati bo'yicha:**

a. **Bakterial-zamburuglar (miks, ikkala) sepsis.**

b. **Polibakteriali sepsis.**

v. **Sepsis-** shartli patogen mikroblar-aeroblar(grammusbat va grammanfiy), stafilokokklar, streptokokklar, kolibatsillar, psevdomonadlar.

g. **Sepsis-** patogen mikroblar bilan chaqiruvchilar bilan: mikobakteriyalar, meningokokk, qorin tifi, chuma.

II. **Infeksiyani chaqiruvchilarning lokalizatsiyasi va kirish darvozasi:**

- tonizillojen

- otogen

- odontogen

- yarali

- ginekologik

Chaqiruvchilarning lokalizatsiyasi ayrim holatlarda uning etiologiyasini ham bildiradi. Agar kirish darvozasi aniq bo'lsa, unda sepsis kriptogen hisoblanadi.

III. **Sepsisni chaqirgan asosiy kasalliklarning xususiyati bo'yicha:** hamma sepsislar ichida eng ko'p uchraydi yiringli yallig'lanish xirurgik kasalliklarda.

- travmalarda, agar infeksiya tez tarqalib ketsa

- o'tkir pankreatitda asoratlari asosida

- operatsidan keyingi (umumiy xirurgik sepsis)

- yurak va qon tomirlar operatsiyasida keyin (angiogen)

- qorin bo'shlig'ida bo'ladigan operatsiyalardan keyin

(abdominal)

**IV. Oqimining o'tkirligi va o'tish muddatining uzunligi:**

- yashin tezligida (o'tish muddati 1 sutka ichida)
- o'ta o'tkir (3sutkagacha)
- o'tkir sepsis (2-3 xaftagacha)
- uzoq davom etuvchi (3 xaftadan ko'p)

a) Yashin tezligida o'tuvchi sepsis- klinik belgilari juda tez, bir necha soatlarda.

b) O'ta o'tkir shaklida bir necha kun talab qilinadi.

v) O'tkir shaklida bir necha hafta sekinlik bilan o'tadi.

g) surunkali sepsis- sekin o'tadi, kam o'zgarishlar kuzatiladi, bir necha oy davom etadi.

**Retsidivlangan sepsis-** qaytalanish davrlari klinik belgilari aniq yuzaga chiqadi, remissiya davrida klinik belgilari yo'qoladi.

O'zaro kelishilgan konferensiyaning qabul qilingan xulosasi bilan konkret yuklama ma'nosiz bo'lgan. "Septitsemiya" "septik-sindrom" va "refraktor septik shok" terminlarni ishlatish tavsiya qilinmaydi.

A'zolar yetishmovchiligini diagnostikasini kelishilgan kriteriyalari bo'yicha o'tkaziladi. Yengil xisoblangan SOFA (Sepsis oriented failure assessment) bu baholash tizimi sepsis paytida SOFA J.L.Vincent tomonidan 1996-yilda tashkil qilingan.

FiO<sub>2</sub>- kislorod fraksiyasi (gaz aralashmasi). Simpatomimetiklar ishlatiladi.

**Alohida yalliglanish o'chog'i**, sepsis, og'ir sepsis va ko'p a'zolar yetishmovchiligi -bular bitta zanjirning birgaligi bo'lib organizmga mikroorganizmlarning tasirlanishuvi va shuning oqibatida organizmning javob reaksiyasidir.

Tizimli yalig'lanishga javob reaksiyasi sindromiga olib keladigan asosiy faktor bu infeksiyalar va sepsisning rivojlanishidir. Shuning uchun bu xolatni sxematik holda tasvirlasak: infeksiya, bakteremiya, virusemiya sepsis har xil jarohatlar—kuyish kasalligi, pankreatitlar va boshka yalig'lanishlar bilan o'tadigan kasalliklarda og'ir tizimli yalliglanishga javob beruvchi reaksiya sindromidir.

**Sepsisning patogenezi:** Sepsis iborasi hozirgi zamonaviy tushunchaga yaqin bo'lib, bundan 2000 yil oldin Gippokrat tomonidan berilgan. Bu iboraning tagida to'qimalarda patologik yemirilishi bo'lib chirishga, kasallikka va o'limga olib kelgan.

Mikroorganizmlarning ochilishigacha ulug' rus xirurgi N.I. Pirogov organizmdagi kasalikka olib keluvchi moddaning paydo bo'lishi va bemor organizmi orasidagi o'zaro bog'liqlik borligini aytgan.

Xirurgik infeksiyaning muammolarini ochishda Lui Pasterning o'rnini kattadir. Ana shundan keyin sepsis muommasi makro va mikroorganizmlar orasidagi o'zaro bog'liqlik muommalariga aylandi.

Keyingi 100 yil ichida xirurgik sepsisning patogenizini mikroorganizmning patogenlik va virulentligi xususiyatlari bilan bog'ladi. Ana shu davrda mikrobiologiya fani rivojlandi va uning erishgan yutuqlari asosida Gans Shotmyuller tomonidan birinchilardan bo'lib sepsisning patogenezida bakterimiya teoriyasi berildi.

Bu kishining fikricha qon aylanish tizimiga patogen mikroorganizmlarning sirkulyasiyasi natijasida sepsisning kelib chiqishida asosiy sabab deb hisoblandi. Shuning uchun ham bakteriyalarni aniqlashning bu patologik holatning diagnostikasida muhim rol o'ynaydi. Fleming tomonidan 1928-yilda penitsillinning ixtirosi va 1940 - yilda uning ishlab chiqarilishi ayni o'sha eraning davomi hisoblanadi. Antibiotikning ochilishi bu muomma bo'yicha vrachlarning g'alabasi deb tan olindi. Vaholanki mikroorganizmlarning rezistentligi va ularning o'zgaruvchanligi har xil shatmlarning paydo bo'lishi antibiotiklarning yangi xillarini ishlab chiqarishga majbur qildilar. Antibiotiklar erasining boshlanishi XX asrning 40 - 50 yillari desak bo'ladi. Rus patomorfologi I.V. Dovidovskiy sepsisning patogenezida mikroorganizmlarning (rezistentligi) reaktivligi muhim ahamiyatga ega degan muloxazani olg'a surdi. Bu fikrlar vrachlarni ratsional davolashga undaydi, yani bir tomondan yiringli holatni chaqiruvchilarni eradikatsiya qilish va ikkinchi tomondan a'zolar va tizimdagi makroorganizmlardagi o'zgarishlarni korreksiya qilishga undaydi. Shuni aytish kerakki sepsisni davolashda yangi etapning joriy bo'lishi bu o'zgarishlarning korreksiya qilishga undaydi. Shuni aytish kerakki sepsisni davolashdagi etapning joriy etilishi bu sitokinlarning kashf qilinishidir. 1970-1980 yillarda yallig'lanish holatning paydo bo'lishida sitokinlarning sababchi ekanligining ochilishi sepsisning patogenezida yangi qarashlar paydo bo'lishiga olib keldi 1991- yilda Amerikada pulmanologlar kolledjlari o'zaro kelishuv konferensiyasi va kritik meditsina mutaxassislari jamiyati tomonidan taklif qilingan (R. Bone ham mualliflari) termin tushunchalari, sepsisning patogenezini, diagnostikasi va davolashda yangi zamonaviy etap boshlanganligini keltirish zarur. Bu konferensiyada yangi termin va

tushunchalar paydo bo'ldi va ular kilinik belgilardan kelib chiqqan holda tushuntirildi..

**Yallig'lanish reaksiyasi.** Sepsis uchun birlamchi belgilarning sababi bu yallig'lanish holatining birlamchi o'chog'idan o'tishi hisoblanadi. Yallig'lanish holatining to'qimalarda lokal xarakterga ega bo'lib organizmning mikroorganizmlarga himoya javobi hisoblanadi. Bundan asosiy maqsad jarohatlangan to'qimalardagi (mikroorganizmlarning) o'z vaqtida bartaraf qilishdir. Yallig'lanish holatining xarakteri xususiyatlari komplementlarining aktivlashuvi, qonning ivishishi yoki qonning ivishishiga qarshi kallikrenin hujayra elementlarining endoteliotsitlar, leykotsitlar, monotsitlar, makrofaglar va mediatorlarning ajralishini (gistamin, ivishish faktorlari, sitokinlar) har qanday yallig'lanishlarda ularning birinchi zvenosi bo'lib hujayralar ichi agressiyasi natijasida sitokinlar ekskretsiyasi oshadi. Bunday xolatnig rivojlanishida erkin kislorod radikallarining mitoxondriyada ko'tarilishi natijasida bo'ladi. Bu holatning qanday sababdan rivojlanishi bo'lmasin endoteliya hujayralarini ta'sirlaydi va yadroli leykotsitlar monotsitlar (makrofaglar) ko'payadi.

Klinikada kuzatuvda bo'lgan bemor A. 48 yoshda o'tkazilgan operatsiyalar namoyishi.



**33- Rasm. Bemorning chap dumba anaerob flegmona. Sepsis. Flegmona ochilguncha bo'lgan bosqichi.**



**34- rasm. Bemorning anaerob flegmona ochilib nekrektomiya qilingandan keyingi holati.**



**35- rasm. Bemorning anaerob flegmona ochilgandan keyin yo'naltiruvchi choklar quyilgan bosqichi.**



**36- Rasm. Bemorning o'tkir yiringli nekrotik anaerob paraproktit. Fassiit. Oraliq flegmonasi. Sepsis. Flegmonani ochish.**



**37- rasm. Bemorning o'tkir anaerob flegmonasi, nekrotik fassiit qorinni old devorigacha tarqalgan holati. Sepsis.**



**38- rasm. Bemorning anaerob flegmona yiringli nekrotik fassiiti. Yara ko'krak qafasigacha kengaytirildi, nekrektomiya qilindi (mionekroz). Og'ir sepsis.**





**39- rasm. Bemorning yarasiga yo'naltiruvchi choklar qo'yish.**



**40- rasm. Bemorning to'liq sog'aygandan keyingi holati.**

Ana shulardan keyin xirurgik infeksiyalarning mahalliy yallig'lanish holati deb tushunmoq kerak. Yumshoq to'qimalarning lokal yallig'lanishni davolashda quyidagi masalalarni hal qilish kerak.

1. Yiringliholatni birlamchi o'chog'idan tashqariga tarqalishiga yo'l qo'ymaslik kerak.
2. Chaqiruvchilarni irradikatsiya qilish.

## Tizimli yallig'lanish reaksiyasining rivojlanish variantlari

Bu tizimli yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishi lokal yallig'lanishning chegaralanish funksiyasining buzilishi va qon oqimiga yallig'lanish paytida hosil bo'ladigan sitokinlar va mediatorlarning tushishi orqali yuzaga keladi. Klinik belgilari quyidagicha: varaja, leykotsitoz, taxikardiya va taxipnoe. Bunday klinik belgilar giperergik tip rivojlanishga xarakterli. Klinitsistlarga juda yaxshi ma'lum giperergik, gipoergik va anergik rivojlanish tiplari ham mavjud.

Hozirgi zamon sepsis bilimining otasi R. Bone ta'kidlaganidek, "Sepsis - bu og'riqli holat patogenezining yangi gipotezasi" degan edi. Bu aytgan so'zda sepsisning patogenezini to'g'risida aytganligi tushiniladi.

Hozirgi vaqtda ma'lum bo'ldiki, katta miqdorda mediatorlar yallig'lanish holatini stimulyatsiya qiladigan va yallig'lanishga qarshi himoya funksiyasini ham bajaradi.

**Klinik oqimiga qarab baholashda 4 xil ko'rinishda o'tishi mumkin.**

1. Og'ir jarohatlar bilan yiringli va kuyish kasalligida, tizimli yallig'lanish reaksiyasi kuzatilmagan bemorlarda, og'irlik darajasini asosiy kasallikning oqimi va prognozi hal qiladi.

2. Sepsis bilan yoki og'ir jarohatlar bo'lganda o'rtacha tizimli yallig'lanish reaksiyasi rivojlanganda, bitta yoki ikkita a'zolar disfunktsiyasi yuzaga chiqadi ularni adekvat davolash muolajalari o'tkazilganda tezda ahvoli qayta tiklanadi.

3. Tizimli yallig'lanish reaksiyasi tez va og'ir rivojlanadi va bemorlarda tezda sepsis yoki septik shok rivojlanishda o'lim holati ancha yuqori bo'ladi.

4. Birlamchi yallig'lanish reaksiyasi juda baland bo'lmasa ham, bir necha kun o'tkandan keyin infeksiyon holat rivojlansa va a'zolar yetishmovchiligi kuzatilsa bu guruh bemorlarda ham o'lim surati baland bo'ladi.

Har qanday amaliyotda ishlaydigan xirurg bunday holatlarni bilishi kerak. Yuqoridagi variantlar amaliyotda ko'p uchraydi. Ana shunday ko'p variantlarni yallig'lanishga qarshi mediatorlar faolligiga bog'liqligini qanday izohlash mumkin.

Bu savolga javob berishda tizimli yallig'lanish reaksiyasining R.Bone taklif qilgan gipotezasi orqali tushunish mumkin.

**1. Jarohatga yoki infeksiyaga organizmning lokal javob reaksiyasi.**

Birlamchi jarohat organizmda yallig'lanishga qarshi mediatorlarning aktivlashishiga olib keladi. Bu javob reaksiyasining asosiy maqsadi-jarohatning hajmiga, ularning lokal chegaralash va keyinchalik bu holatning yaxshi natija bilan tugallanishiga erishish bilan yakunlashdir. Yaxshi natija deyilganda organizmda yallig'lanishga qarshi kompensator holatning rivojlanishi va yallig'lanishni chegaralashni hosil qilish kerak. Yallig'lanishga qarshi mediatorlar il-4, il-10, il-11, il-13, erituvchi retseptor FNO2, antagonist il-1 rivojlanadi va ko'payadi.

**2. Birlamchi reaksiya tizimi:** jarohat hajmi katta bo'lib, ahvoli og'ir bo'lsa yallig'lanishga qarshi mediatorlar ko'payib qon oqimiga tushadi va organizmning himoya kuchini nafaqat holatni chegaralash va umuman tizimga qarshi kurashadi. Bu organizmning normal yallig'lanishga qarshi javobi hisoblanadi. Yallig'lanishlarga qarshi mediatorlardan polimorf yadroli leykotsitlar, T va B limfotsitlar, trombositlar qonni ivituvchi faktorlar qatnashadi. Bu holat yallig'lanish holatining yuzaga chiqishini pasaytiradi. Ana shu paytda bo'lgan azolardagi o'zgarishlar qonga yallig'lanishga qarshi bo'lgan mediatorlarning tushishi tez o'zgaruvchan bo'ladi va tezda normallasadi.

**3. Massiv tizimli yallig'lanish.** Organizmda yallig'lanishga qarshi reaksiyasining susayishi tizimli reaksiyaning kuchayishiga ya'ni tizimli yallig'lanish reaksiyasining kuchayishiga olib keladi.

Bu patologo - fiziologik holatining rivojlanishida quyidagicha o'zgarishlar bo'ladi.

- Endoteliotsitlar disfunktsiyasi rivojlanib mikrotomirlar o'tkazuvchanligi oshadi
- Trombositlar staz va agregatsiyaga uchraydi va mikrotomirlar oqimini blokada qiladi va ishemiyaga olib keladi
- Qonning ivishish tizimi aktivlashadi.
- Chuqur vazodilatatsiya rivojlanadi, hujayralararo bo'shliqda suyuqlik transsudatsiya bo'ladi. Bu o'z o'mida qonning aylanishiga ta'sir qilib shokning rivojlanishiga asos bo'ladi va a'zolar yetishmovchiligiga olib keladi.

**4. Immunosupressiya holatining ko'tarilishi.** Haddan tashqari yallig'lanishga qarshi reaksiyasining oshishi har holda kam uchraydigan holat emas. Bu holatni adabiyotlarda "anergiya", "gipoergiya" kabi terminlar bilan ishlatiladi. Chet el adabiyotlarida "immunoparalich"

"immunodefitsitdagi darcha" ham deyiladi. R.Bone iborasi bilan aytilganda "yallig'lanishga qarshi kompensator reaksiyasi" nomlanishi ongli haqiqatga to'g'ri keladi.

Yallig'lanishga qarshi sitokinlarning ko'payishi nafaqat patologik holatlarining ko'payishiga bog'liq bo'lmay yengil yallig'lanish holatlarida ham bo'lib yaradagi holatlarning tamom bo'lishiga kerakdir.

5. **Immunologik disbalans.** Ko'p a'zolar yetishmovchiligini ko'p mualliflar immunologik disbalans sindromi deb ataydilar.

Shunday qilib bu fazada yallig'lanishni avj oldiradigan va yallig'lanishga qarshi mexanizmlarining disbalansi yuzaga chiqadi, ana shu holatni quyidagi 3 vaziyatda kelib chiqishi mumkin.

- Agar jarohat, infeksiya, qon oqishlar qancha kuchli bo'lsa har bir holatning birlashishiga tez o'tadi, bu esa tizimli yallig'lanish reaksiyasiga (TYAR) hamda ko'p a'zolarning yetishmovchiligiga olib keladi.

- Bemorlarning ko'pchiligida og'ir kasalliklar mavjud bo'lib ular shu holatlarning rivojlanishiga tayyordirlar.

- Ko'pchilik holatlarda bemorlarda sitokinlar miqdori baland va ularda sepsis tezroq yuzaga chiqadi.

Shunday qilib sepsisning klinik yuzaga chiqishida uning kechish patogenetik asosida yallig'lanish mediatorlarining va yallig'lanishga qarshi mediatorlarining, yallig'lanishga qarshi kompensator reaksiyasining bir-biriga bo'lgan o'zaro munosabati yotadi.

Bunday ko'p faktorli o'zaro bog'liqlarning klinik shaklini yuzaga chiqaradigan ko'p a'zolar yetishmovchiligi darajasini aniqlashda (Sofa) va kelishilgan shkalalar (Apachi) klinik shaklini prezentatsiya qilish mumkin.

**Sepsislarning turiga qarab etiopatogenezingining alohida xususiyatlari**

1. **Postravmatik sepsis** - bu turiga har xil yaralar, kuyish jarohatidan keyingi olingan jarohatning hajmiga va jarohatning lokalizatsiyasiga qarab aniqlanadi. Yumshoq to'qimalar jarohatlanganida asosan grammusbat koklar, streptokokklar sababchi ekanligi aniqlangan. Chanoq va chanoq a'zolari jarohatlanganda grammanfiy floralar uchrab ularning oilasiga enterobakteriyalar va anaerob yallig'lanish chaqiruvchi bakterioidlar, fuzobakterialar va klostridialar kiradi.

2. **Katta va chuqur kuyish** - bilan bemorlarda rivojlanadigan sepsisda - ko'k yiringli tayoqchalari, chaqiruvchilar bo'lib kuyish kasalliklarining asoratlarini kuchaytiradi va oqimini og'irlashtiradi. Bu tayoqchalar muhim nozokomial infeksiyalari bo'lib hisoblanadi.

3. **O'pka sepsisi** - bu xil sepsislar rivojlanishi og'ir statsionardan tashqi va ichki destruktiv pnevmoniyadan keyin rivojlanadi, asosiy chaqiruvchilari stafilokokklar bo'lib ko'pincha nozokomial pnevmoniyadan keyin rivojlanadi, ya'ni og'ir bemorlarda kuzatiladi, suniy ventilyasiyada yotgan bemorlarda uchraydi. Chaqiruvchilari stafilokokklar bilan birga anaerob grammanfiy bakteriyalar, fuzobakteriyalar, peptostreptokokklar, zamburug'li infeksiyalar ya'ni kandidalar bo'lib hisoblanadi.

4. **Angiogen sepsislar** - Sepsisning bu turi asosan reanimatsiya va jadal davolashda magistral venalar kateterlari ayniqsa, Seldinger usulida qo'llaniladigan bemorlarda uchraydi. Shuning uchun kateterlarni tez - tez almashtirib turilishi lozim. Oxirgi yillarda antibiotik singdirilgan maxsus kateter bog'lamlari ishlatiladi. Flebitlar, periflebitlar katetrlarning tasirida rivojlanib sepsis chaqirishi mumkin. Chaqiruvchilari stafilokokklar (*S.epidermites*) grammanfiy floralari va zamburug'lar bo'lib hisoblanadi.

**Katetrlash bilan bog'liq sepsisning rivojlanish faktorlari :**

- kateterning uzoq turishi
- kateterlash xillari: markaziy venalar, pereferik venalar
- venaseksiya qilinib kateter qo'yishlar
- kateterning bo'yin venalariga qo'yishlar
- polixlorvinil kateterlar
- kateterlar bilan har xil manipulyatsiyalar qilish
- tez - tez kateterlardan foydalanishlar
- kateterlarning kattaligi
- kateterlashda aseptika qoidalarining buzilishi
- parenteral oziqlantirishning qo'llanishlari.

**Kardiogen sepsisning** - bu turi asosan intaksikatsion yoki gemodinamik tizimning buzilishlari bilan bo'lib yurak klapanlarining jarohatlanishi sodir bo'ladi. Bir necha o'n yillar oldin uning chaqiruvchisi streptokokklar hisoblanib, asosan aorta klapanlari jarohatlanadi, septik endokardit deb hisoblanar edi. Hozirgi paytda esa asosan yurakning uch tabaqali klapani jarohatlanmoqda bu asosan narkomaniyaning ko'payishi bilan bog'lamoqdalar. Asosiy chaqiruvchilarning 39% tillarang

stafilokokklar bilan hamda stafilakoklar (epidermatika) orqali kuzatilmoqda.

**Abdominal sepsislar** - bu termin "abdominal sepsisi" amaliyotga oxirgi 15-yillar ichida kiritildi. Bu sepsisning rivojlanishida qorin bo'shlig'ida va qorin pardada uchraydigan destruktiv infeksiyon holatning rivojlanishi bilan bog'liqdir. Vaholanki, abdominal sepsisning rivojlanishida destruktiv yoki infeksiyon holatning rivojlanishi bilan tizimli yallig'lanishning rivojlanishi sindromi hosil bo'lishida qaysi birining roli balandligi to'liq aniqlanmagan. Shuning uchun immunologik testlar: tizimli yallig'lanish reaksiyasi (C reaktiv oqsil) -sonli usullari, prokalsitoninning miqdori va interleykin - 6 ni aniqlash miqdori bilan infeksiyaning rivojlanishini aseptik yallig'lanishi ularni farqlash imkoniyatini beradi.



**41-Rasm. Bemorning kindik churrasi flegmonasi, qorinning old devori yiringli nekrotik anaerob flegmonasiga o'tishi. Sepsis. Flegmona ochilgandan keyingi holati. Qandli diabet II – tip. O'rta og'ir darajasi.**

Qorin bo'shligidagi azolarining alohida fiziologik xususiyatlariga qarab ularning patafiziologik o'zgarishlarini hisobga olganda sepsisning rivojlanishi holatiga (infeksiyon yoki noinfeksiyon) qarab klinik rivojlanishining maxsus xususiyatlariga ega bo'ladi. Adabiyotlarda keltirilishicha qorin bo'shligidagi ekssudatni mikrobiologik tekshirilganda ko'pchilik bemorlarda shartli patogen hospital

mikrofloralarning ko'tarilishi, asosan enterogen kelib chiqishi aniqlangan.

**Abdominal sepsisga** - assotsiatsiyasi bilan etiologiya sabablariga ko'ra quyidagi mikroblar tashkil qilgan: esherixiyalar - 30%, klebsiellalar -14%, psevdomonadalar -13%, proteylar -10%, streptokokklar -8%, stafilokokklar - 7%, enterobakteriyalar -7%, bakteroidlar -17% ni tashkil qiladi. Abdominal sepsis bilan og'ir holatlarda chuqur ichaklar parezi bilan antibakterial davolash o'tkazishlar jarayonida oshqozon ichak tizimida chuqur disbakterioz rivojlanishi mumkin. Og'iz bo'shlig'i va halqum sohasida mikroblar kontaminatsiyasiga uchrab kekirdak, bronxlar, siydik yo'llarida infeksiyaning tarqalishi ikkita asosiy manbadan yuzaga chiqadi: Birinchidan, oshqozon ichak tizimining yuqori qismidagi patogen mikrofloralar bo'lsa, ikkinchisi hospital mikrofloralar bo'lib bemorni o'rab olgan palatalardagi yoki intensiv terapiya bo'limlaridagi infeksiyalardir.

Abdominal sepsis bilan bakterial intoksikatsiyaning kelib chiqishida albatta endogen intoksikatsiyaning roli katta. Bu holatning rivojlanishida bakteriyalar translokatsiyasi va ularning toksinlari oshqozon ichak tizimidan ichaklardagi va qorin pardaning barer funksiyasining buzilishi bilan qorin bo'shlig'iga o'tib ketishi muhim rol o'ynaydi. Shuning uchun ham hozirgi kunda "bakterial translokatsiyasi" termini kiritilmoqda. Demak, endogen mikrofloralarning hali jarohatlanmagan ichaklar devoridan limfa tugunlari barer funksiyasi pasayganda oshqozon ichak tizimidan qorin bo'shlig'iga o'tib ketishi tushuniladi.

Katta operatsiyalar, har xil shoklar, disbakteriozlar paytida katta hajmda mikroorganizmlarning qorin bo'shlig'iga o'tib ketishini ta'minlaydi.

Ichak devorlarining jarohati bo'lmasdan ichak devoridan qorin bo'shlig'iga o'tadigan endogen infeksiyalarning tarkibi:

grammusbat - yonbosh ichakda  $0-10^5$ , ingichka ichakda  $10^9$ , yo'g'on ichakda  $10^2$ , grammanfiy - yonbosh ichakda  $10^3$ , ingichka ichakda  $10^7$ , yo'g'on ichakda  $10^{10}$ , anaeroblar - yonbosh ichakda  $10^3$ , ingichka ichakda  $10^7$ , yo'g'on ichakda  $10^{12}$ , klostridial infeksiyalar - yonbosh ichakda - yo'q, ingichka ichakda  $10^4$ , yo'g'on ichakda  $10^{11}$ .

Shunday qilib davolashda bakteriologik tekshiruvlarni to'g'ri yo'lga qo'yish kerak.

**Yumshoq to'qimalarning yallig'laninishidagi (sepsis)** - bu holatda anaerob floralar (klostridiya va noklostridiyalar) mikroorganizmlar qatnashganda, keyinchalik polimorfli floraning qo'shilishi natijasida septik holat rivojlanadi. Biz amaliyotimizda kuzatilgan bu holatlarni qandli diabet kasalliklarida ko'p uchratdik.

**Urologik sepsis** - Siydik yo'llarining yallig'lanishi hozirgi kunda ko'p tarqalgan kasallik bo'lib hisoblanadi. Bemorlarning 40 % da nozokomial infeksiyalari bo'lib grammanfiy infeksiyalar guruhini tashkil qilmoqda. Urologik infeksiyalarini rivojlanishida asosiy faktorlardan biri - siydik yo'llaridagi yot jism (kateter) larning borligi, siydik yo'llaridagi toshlar, siydik chiqaruv yo'llarning pastki qismi obstruksiyalari, rivojlanishi anomaliyalari hisoblanadi. Ko'pchilik holatlarda quyidagi kasalliklarda: qandli diabet, alkogolizm, har xil jarohatlar, surunkali markaziy asab tizimi kasalliklari, immunosupressiv holatlar va surunkali siydik yo'llarining yallig'lanishi kasalliklari ham urologik sepsisga olib keladilar. Sepsisni chaqiruvchi infeksiya bo'lib E.coli va grammanfiy enterobakteriyalar - klebsella proteuslar, psevdomonaslar hisoblanadilar. Ayrim holatlarda urosepsisni grammusbat infeksiyalar - streptococcus fecalis chaqiradi.

Klinik nazariyasi urosepsisda juda xarakterli kechadi. Bemorlar holsizlik sezadi, harorati noto'g'ri gektik ko'rinishda bo'ladi tana harorati 39 - 40 °C ko'tarilib kuchli terlash bilan o'tadi. Yengil kamqonlik bo'lishi mumkin, siydigi loyqa leykotsitlar soni oshadi. Siydik ekilganda mikroblar soni  $10^4 - 10^6$  k/ml teng bo'ladi.

**Klinik belgilari.** Klinik manzarasi xirurgik sepsisning qaysi a'zolarning jarohatlanganligiga qarab maxsus klinik belgilar rivojlanadi.

**O'pka sepsis** - Mikroblarning xarakteriga qarab, jarohatlangan a'zoning holatiga qarab - erta rivojlanadigan nafas yetishmovchiligi, har xil qo'shimcha patologik belgilar rivojlanadi.

**Kardial sepsis** - Septik endokarditning rivojlanishi bilan yuzaga chiqadi - varaja, taxikardiya, taxipnoe, leykotsitozning chapga siljishi reaksiyasi bilan, intoksikatsiya belgilari paydo bo'ladi. Septik endokarditda asosan uch qopqoqli klapani jarohatlanadi va pnevmoniya tashxisi bilan statsionarlarga tushadilar.

Ana shu pnevmoniya asosida endokardit tashxisi aniqlanadi. Yumshoq to'qimalarning yallig'lanishdagi sepsisning klinik



manzarasiga o'xshash klinik manzarasining rivojlanishda klostridial va noklostridial anaerob infeksiyalarning shakliga bog'liq bo'ladi. Klostridial infeksiya ko'proq bo'lganda bemorlarda erta dezorientatsiya, eyforiya, rivojlanuvchi jigar etishmovchiligi va tomirlar ichi disseminatsiyalashgan qon ivishishi yuzaga chiqadi. Nafas olish tizimida yetishmovchilik birlamchi bo'lib rivojlanmaydi. Noklostridial infeksiyalar ko'pchilikni tashkil qilsa ham intoksikatsion holat kam bo'ladi. Vaholanki nafas olish yetishmovchiligi sindiromi tez rivojlanib juda og'ir o'tadi.

**Diagnostikasi.** Sepsis diagnozi ko'pchilik holatlarda kam qo'yiladi yoki juda kech aniqlanadi. Sepsis bilan shug'ullanayotgan olimlar tahriri bilan aytganda sepsisni patofiziologik asoslash va maxsus o'ziga hos kriteriyalari yo'q. Hozirgi kunda tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi kriteriyalarini ro'yxatga olish masalasi juda dolzarb masala hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limida yotgan bemorlarning 18 % da sepsisga hos belgilari topilmagan. Vaholanki ularda bir haftadan keyin sepsisning klinik belgilari paydo bo'la boshlagan. Shuning uchun ham sepsis xolatining polimorfizm va geterogen xususiyatiga ega ekanligini ko'rsatadi va ikkinchi tomondan diagnostikasida aniq kriteriylar yo'q. Shuning uchun ham xirurgik sepsislarning alohida o'ziga hos klinik manzarasi, infeksiyaning o'chog'i, xolatining lokalizatsiyasiga va mikroflorasining vegetatsiyasiga bog'liq. Diagnostik tadbirlarni o'tkazishda albatda infeksiya o'chog'ini verifikatsiya qilish hamda tizimli yallig'lanish reaksiyasining musbat kriteriyalari borligini aniqlashgan. Shuni takidlash zarurki bakteremiya sepsisning obligant mono belgisi bo'lib hisoblanadi. Shunday qilib infeksiyon xolatning borligida 2, 3 yoki 4 ta klinik belgilari bilan tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi aniqlansa kasallik tarixiga sepsis tashxisi qo'yilishi kerak.

**Bemor ahvolini baholash:** Sepsis rivojlangan paytda a'zolar va tizimlarda bo'ladigan o'zgarishlarning og'irligini ball hisobida aniqlash qabul qilingan. Hozirgi kunda eng qulay va keng tarqalgan shkalalardan **SOFA (Sepsis oriented faylura assessment)** hisoblanadi. Sofa shkalasi Evropa intensiv terapiyasi jamiyati tomonidan J.L. Vinsent raxbarligida ishlab chiqarilgan. Hozirgi paytda Evropa mamlakatlari tomonidan chop qilinayotgan maqollarda ko'proq So'fa shkalasi qo'llaniladi.

**A'zolar disfunksiyasi kriteriyalari (yetishmovchiliklar va bemorlar umumiy ahvolining og'irligi)**

<b>Tizim. A'zolar</b>	<b>Klinik-laborator kriteriyalari</b>
Yurak qon tomirlar tizimi	Sistolik AQB $\leq 90$ mm.sim.ust. o'rtacha AQB $\leq 70$ mm.sim.ust
Siydik chiqaruv tizimi	Siydik ajratishi $< 0.5$ ml/kg/soat. 1 soat ichida adekvat volemik to'ldirilganda yoki kreatinin 2 marta normadan baland
Nafas olish tizimi	Respirator indeksi $PaO_2/FiC_2 \leq 250$ yoki rentgenogrammada bilateral infiltrat borligi yoki o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi zarurligi (O'SV)
Jigar	Bilrubin miqdorining ko'tarilishi 20 mmol/l dan 2 kun mobaynida yoki transaminazaning 2 marta va undan baland ko'tarilishi
Qon ivish tizimi	Trombositlar soni $< 100000$ mm <sup>3</sup> yoki 50% ga tushishi (normadan 3 kun mobaynida)
Metabolik disfunksiya	Ph $\leq 7.3$ Asoslar defisiti $\geq 5.0$ mEkv/l plazma laktati 1.5 marta normadan baland
Markaziy asab tizimi	Glazgo shkalasi bo'yicha 15 dan past

A'zolar tizimi yetishmovchiligini sonini aniqlashda nol ko'rsatkichi SOFA bo'yicha a'zolar disfunksiyasi yo'q.

Sepsisning rivojlanishida gomeostazning o'zgarishida bemorlarning yoshiga ham bog'liq, chunki ularda surunkali patologiyalari bo'lib ularning umumiy ahvoliga ta'sir qiladi va ularni baholashda APACHI II yoki SAPS II shkalasida aniqlanadi.

Infeksion holatning borligini quyidagi belgilar bilan aniqlash mumkin.

1. Oganizmdagi suyuqliklarda leykositlarning topilishi, normada steril holatda qoladi.
2. Yiringli balg'am bilan rentgenografiya qilinganda pnevmoniya belgilarining borligi.
3. Boshqa klinik sindromlar asosida infeksiya holatining borligini ehtimolini aniqlash.

Shunday qilib og'ir sepsis diagnostikasida infeksiyon holatni aniqlash kerak (buni tasdiqlashda bakteriyalarning yuzaga chiqishi) tizimli yallig'lanish reaksiyasi 3 yoki undan ko'proq belgilash va SOFA shkalasida bir ball bo'lishi kerak.

Septik shokning asosiy diagnostik belgilaridan arterial gipotenziya (arterial qon bosimining 70 mm sim. ustunidan pastligi) hisoblanadi. Arterial gipotenziya boshqa a'zolarning faoliyatiga tasir qiladi:(markaziy asab tizimi), buyraklar (oligouriya, giperkreatinemiya), jigar (qondagi transamilaza fermentining faoliyati aktivlashadi va miqdori ortadi, giperbilirubinemiya), oshqozon-ichak tizimiga (ichaklar parezi).

### **Instrumentlar bilan o'zgargan qon aylanishi kriteriyalarini aniqlash**

- Aralash venoz qonida kislorod bilan to'yinganligini aniqlash. CO<sub>2</sub> ni aniqlashda o'pka arteriyasini kateterlash kerak. CO<sub>2</sub> ning balandligi yurakning qon haydash xususiyati, kislorodning ta'minoti, gemogen konsentratsiyasi, arterial qonning kislorod bilan to'yinganligi bilan bog'liq. CO<sub>2</sub> ning pasayishi yurakning qonni haydash faoliyatining buzilishini ko'rsatadi. Bu ko'rsatgich klinik sepsis belgilaridan bo'lib, kislorod yetishmovchiligini buzilishi belgilaridan yuzaga chiqadi.

### **Laktat konsentratsiyasini aniqlash.**

- Giperlaktatemiya sut kislotasining konsentratsiyasi >2 mikro mol/l anaerob hujayra metobolizmining gipoperfuziya natijasida kuchayishini ko'rsatadi.

Sut kislotasining o'pka to'qimalaridagi ko'tarilishi bu o'pkaning o'tkir jarohatlarining borligidan darak beradi, ya'ni o'tkir distress sindromi rivojlanadi. Vaholanki giperlaktatemiya - sepsis va septik shokning og'irligi va prognozida ahamiyatli kriteriyalardan hisoblanadi. Xususan, bu ko'rsatgich boshqa kislorodning transport qilinishini aniqlashda muhim prognostik ahamiyatga ega.

- medaning shilliq pardasida tonometrik pH ni aniqlash va PCO<sub>2</sub> quyosh chigalidagi oksigenatsiyani o'rganishda muhim hisoblanadi. Qon

aylanishi patogenezining gepatosplanxlik basseynida buzilishi sepsisning patogenezida va ichak yetishmovchiligi sindromini aniqlashda muhimdir.

- Sepsisda medaning shilliq va seroz mushak qavatlarida qon aylanishining ta'minlanishi buzuladi. Shilliq pardasida gipooksigenatsiya bo'ladi.

- Oshqozon-ichak tizimi kislorod bilan ta'minlanishining pasayishiga juda ham sezgir hisoblanadi.

- Ovqat hazm qilish traktidagi vorsinkalar gipoperfuziya va gipoksiyaga juda tez ta'sirlanadi.

- Quyosh chigalidagi gipoperfuziya holati sepsis paytida arteriolalarda konstriktsiyaga olib keladi va vorsinkalarning qon bilan ta'minlanishi buziladi.

- Ovqat hazm qilish tizimidagi ishemiya holati enterotsitlarni jarohatlaydi va ichaklarning o'tkazuvchanligining oshishiga, bakteriyalarning lokalizatsiyasi va toksinlarning ko'payishiga olib keladi. Bu holat esa septik ta'sir qiladi va ko'p a'zolar yetishmovchiligi kelib chiqadi.

Umuman aytganda qon aylanishining va oksigenatsiyasini kompleks aniqlash, sepsis paytida o'rtacha qon bosim, siydik ajratish hajmi, terining holati, markaziy asab tizimi funksiyasi, es-hush holati darajasi va qondagi laktat miqdorini aniqlash muhim hisoblanadi.

**Kardiogen sepsis – infeksiyon endokarditni aniqlashda 4 ta kriteriyalari mavjud.**

1. Klinik kriteriyalari:

- Katta kriteriyalari: baland varaja tutishi, titrash bilan yangi shovqinlar paydo bo'ladi.

- O'rtacha shovqin dinamikasini aniqlash, nevrologik belgilar, emboliya, splenomegaliya.

- Kichik kriteriyalar: ko'zning muguz pardalarida - gemorragiya, petexiya, muguz pardada dog'.

2. Mikrobiologik kichik kriteriyalar: qonda sepsis chaqiruvchi mikroblar, yurak ichida absesslar, gistologik tekshirishda embol aniqlanadi.

3. Asboblarni yordamida aniqlanadigan: exokardiografiya qilinganida vegetatsiya ko'rinadi.

4. Morfologik tekshirishlar yurak klapanlariga yallig'lanish infiltrat va to'qimalar nekrozi, mikroblar koloniyasi aniqlanishi mumkin.

Infeksion endokardit diagnoz to'la hamma kriteriyalari aniqlanganidan keyin qo'yiladi.

### **Sepsisni davolashdagi umumiy prinsip qoidalari.**

Ma'lumki yaralarda yuzaga chiqadigan holatlar yallig'lanishning holatini kuchaytiradigan va yaradagi yiringlash holatiga qarshi tizimlar mahalliy va umumiy tizimli holda paydo bo'ladi. Mahalliy yallig'lanishlarda agar bemorda holatni chegaralaydigan, kompensator kuchi yaxshi foyda bermasa, yiringlash mediatorlarining tomirlarga so'rilishi organizmda tizimli yallig'lanish reaksiyasi vujudga keladi va ko'p a'zolar yetishmovchiligi rivojlanadi. Shunday qilib yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishiga va yallig'lanish asoratlariga sabab bo'ladi. Infeksion o'choqning hajmi, mikroflorasining turi, uning patogen virulentligi va bemorlardagi gipermorbid foni faktorlari organizmda holatning keng tarqalishiga, yiringlashga javob reaksiyasiga, nihoyat tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi rivojlanishi bilan septik shokkacha bo'lgan asoratiga olib keladi. Ana shunday holatda xirurgik taktikani to'g'ri tanlash va uni o'z vaqtida qo'llash muhim hisoblanadi. Noto'g'ri xirurgik taktika va ko'rsatmasiz xirurgik operatsiya hajmining kattaligini faqat qo'shimcha jarohatlashga, xatto bemor ahvolini og'irlashtiradi. Shuning uchun ham tizimli yallig'lanish sindromi va ko'p a'zolar yetishmovchiligida xirurgik taktika ikkita muhim vazifani xal qilishi kerak:

- a) birinchidan yallig'lanish reaksiyasini aktiv profilaktika qilish;
- b) ikkinchidan tizimli yallig'lanish sindrominining septik shok davrida ham kompleks davolash usullarini qo'llashdir.

**XIRURGIK DAVOLASH USULLARI.** Ma'lumki operatsiyadan keyingi yara tasodifan olingan yaralardan farqi shuki, yiringli holatda nekrotik to'qimalarning borligi va yaraning mikroblifloslanishidir. Yaralardagi oxirgi ikkita faktor va qon ketishlar, anatomik chuqur o'zgarishlar, posttravmatik yallig'lanishga javob reaksiyasining yuzaga chiqishiga sababchi bo'ladilar. Shu sabablardan kelib chiqqan holda birlamchi xirurgik ishlov berish paytida yiringlardan tozalash, nekrotik to'qimalarni olish va yarani mikroblifeksiyalardan ximoya qilish kerak. Operatsiyadan keyin yara sohasida kuchli bo'lmagan og'riq, subfebril harorat, birinchi sutkalar davomida uncha bezovtalanishga hojat yo'q hisoblanadi. Bordiyu operatsiyadan keyingi sohada kuchli og'riq bo'lsa, tana harorati baland bo'lsa, ko'p a'zolar yetishmovchiligi belgilari yuzaga chiqsa, albatta yara sohasini qayta taftish qilish, infeksiya o'chog'ini

topish zarurdir. Agar operatsiyadan keyin bemorda bir necha kun og'riq bo'lsa, subfebril tana harorati, taxikardiya, yara qirralarida shish paydo bo'lsa, qon aylanishida yengil leykotsitoz bo'lganda ham kuzatish mumkin. Bunday holatda har 3 soatda tana haroratini aniqlash, qon va siydik, qonning bioximiyaviy taxlilarini o'tkazib, jigar, buyrak, o'pka faoliyatlarini, qonning ivish xususiyatlarini aniqlab turish lozim. Albatta UTT o'tkazish bordiyu yuqoridagi diagnostik usullar o'choqni aniqlashga yordam bermasa, yara atrofini punksiya usuli bilan asosiy o'choqni aniqlash mumkin.

Agar tizimli yallig'lanish reaksiyasi belgilari boshlansa zamonaviy diagnostik usullar UTT, KT, MSKT qilinishi kerak. Operatsiyadan keyingi 3 - 4 kunda yaxshi effekt bermasligi mumkin. Bunday hollarda diagnostika klinik belgilarga va kichik laboratoriya usullariga asoslanadi. Qorin bo'shlig'ida operatsiya o'tkazilgan bemorlarda shu holat bo'lganda albatta ancha og'ir muammolar tug'diradi. Tizimli yallig'lanish sindromi boshlanganda har 3 soatda tana haroratini aniqlash, umumiy qon analizi, bakteriologik tekshiruvlar (qon, siydikni, balg'amni ekish) qilinishi shart.

Relaparatomiya qilishdan voz kechish uchun juda muhim faktlar bilan tasdiqlash zarur. Qo'shimcha belgilarni ya'ni qorin bo'shlig'ida yiringli holatning borligini tasdiqlash uchun yallig'lanish reaksiyasiga hos mayda belgilarni topish kerak.



A



B

**42-Rasm. A) Bel sohasi inyeksiyadan keyingi yiringli nekrotik flegmonasi ochish va nekrektomiyadan keyingi holati. B) Bemorni sog'aygandan keyingi holati. Bemorning bel sohasi inyeksiyadan keyingi yiringli nekrotik flegmonasi. Sepsis. Qandli diabet II - tip.**

**Tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromiga olib keladigan belgilar quyidagicha:**

1. **Ichaklarning parez holati:** 4 sutka ichida ichaklar parez holati saqlansa qorin bo'shligida yallig'lanish bor.

2. **Giperglikemiya** insulin terapiya muhim bo'lib, giperglikemiyaning saqlanishi sepsisning eng asosiy faktorlaridan bo'lib hisoblanadi. Agar qandli diabet yashirin holda o'tsa, operatsiyadan keyingi giperglikemiyaning sodir bo'lishi sepsisning asosiy belgilaridan hisoblanadi.

3. **Anaerob grammanfiy bakteremiya.** *Bac. fragilis* ning bakteriologik ekishda topilishi bu anaerob flora o'chog'ining borligidir va abscess hosil bo'lishiga asosiy sababdir.

4. **Arterial gipoksiya.** Bemorlarda surunkali o'pka patologiyasi - pnevmoniya bo'lmasa, bu holatni ko'p a'zolar yetishmovchiligining rivojlanishi deb tushunmoq kerak.

5. **Bilirubinemiya.** Bilirubinemiya progressiv holda ko'tarilishi operatsiyadan keyingi peritonit bilan bemorlarda ko'p a'zolarning yetishmovchiligining rivojlanishidir.

6. **Yurakning patologiyasi** bilan bemorlarda bu holat kuzatilsa, yurak qon haydash faoliyatining ko'tarilishi yuzaga chiqadi, natijada yurak qorinchasining o'tkir taxiaritmiyasi bo'lib, tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromining boshlanganligidan darak beradi. Buning asosiy sababi qorin bo'shlig'ini to'liq sanatsiya qilinmaganligidir.

7. **Poliuriya.** sababli buyraklarda kortikomedulyar qon bilan ta'minlanishida o'zgarishlar bo'ladi va buyraklarning konsentratsion funksiyasi pasayadi. Buning asosiy sababi qorin bo'shlig'i yaxshi sanatsiya qilinmaganligi va adekvat drenajlanmaganligidir. Bu holat tizimda yallig'lanish reaksiyasi sindromi va bu holat buyrak reabsorbsiyasini kamayishiga olib keladi.

8. **Meningial buzulishlar.** bu holat keksa bemorlarda kuzatiladi va bosh miyada gipoksiya sodir bo'ladi va bemor ko'karadi.

9. **Teri osti eventratsiyasi.** operatsiyadan keyingi yaraning yiringlashi nekrotik fassit va ichaklararo abscessning bartaraf qilinmaganligi.

Amaliyotda shunday holatlar uchraydiki, xirurg batamom jarohat o'chog'ini bartaraf qilganiga to'la ishonch hosil qila olmaydi. Bunday holatlar qorinning o'q otar qurollar bilan yaralanganida sodir bo'ladi.

Shunday holatlarda operatsiyadan keyingi 2-3 kunlari rejalashtirilgan relaparotomiya qilinadi va peritonitning rivojlanishini kutib turish shart emas.

Hozirgi vaqtda og'ir peritonitlar bilan bemorlarni qayta relaparotomiya qilish eng maqsadli usul hisoblanadi. Bu borada xirurglar orasida diskussiyalar bo'ldiki, relaparotomiyani "rejali" yoki "ko'rsatma" bo'yicha variantlari taklif qilindi. Albatta sanatsion relaparotomiyalar "ko'rsatma" asosida qilish variantini biz ma'qul deb hisoblaymiz. Bemorlar ahvoriga kompleks baho beriladi, og'ir ahvoldagilar dinamik tekshiriladi va ko'p a'zolar yetishmovchiligi aniqlanadi. Obyektiv qorin bo'shlig'i I simptomlari aniqlanadi. Ana shu kriteriyalarga asoslanib etapli sanatsion relaparotomiya qilinadi.

### **Antibiotiklar bilan davolash.**

Sepsisni antibiotiklar bilan davolash ko'p adabiyotlarda yoritilgan. Oxirgi 10-15 yil ichida katta o'zgarishlar kiritildi. O'zaro kelishuv konferensiyalarning xulosaviy xujjatlarining klinik amaliyotga kiritilishi bilan tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromlarini (sepsis, og'ir sepsis, septik shok) davolashda mutloq yangiliklar paydo bo'ldi. Davolashda yangicha yondashuvlar antibiotiklarni differensial holda ishlatish sxemasi berildi. Ilmiy izlanuvchilar yallig'lanishlar reaksiyasining shakli va fazasiga qarab (SIRS - tizimli yallig'lanish reaksiyasi) sepsis, og'ir sepsis, septik shok antibiotiklarni qo'llashning umumiy qoidalari ishlab chiqildi va ularning effektiv xususiyatlari o'rganildi.

Quyida keltirilgan kasalliklarda tizimli yallig'lanish reaksiyasining klinik belgilarining rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

- O'tkir pankreatit
- Spinal jarohatlari
- Qon oqishlar
- O'pka emboliyasi
- Diabetik ketoatsidozlar
- Miokard infarkti
- Tizimli vaskulitlar
- Tizimli qizil volchanka
- Massiv aspiratsiya

Tizimli reaksiyasi sababini aniqlash uchun keltirilgan diagnostika tadbirlar to'la o'tkaziladi (qon tahlillari), instrumentlar bilan tekshiruvlar (rentgen, UZI) qilinib, asosiy tashxis qo'yiladi. Oxirgi yillarda qon zardobida prokalsitonin miqdori aniqlanmoqda. Agar tizimli yallig'lanish



reaksiyasi diagnozi qo'yilsa va sepsis aniqlansa kelishilgan konferensiyaning chiqargan tashxisi bo'yicha albatta antibiotiklar bilan davolash o'tkazilishi kerak. Antibiotiklar bilan davolashda qanday ko'rsatmalarga asoslanish kerak. Agar sepsis diagnozi tizimli infeksiyon holatning boshlanishi belgilari kuzatilsa antibiotiklarni empirik holatta qo'llash va albatta infeksiyon holatni chaqirichuvchilarni verifikatsiya qilish zarur.

A'zolar yetishmovchiligi (2 ball va undan yuqori holatda SOFA bo'yicha bo'lsa) unda og'ir sepsis diagnozi qo'yiladi va antibiotiklar maxsus tanlab, dezintoksikatsion terapiya qilinadi.

Agar ko'p a'zolar yetishmovchiligi kuzatilganda har bir a'zoga ta'sir qiluvchi antibiotiklarni tanlash zarur, chunki bakteriyalar yemirilganda har xil toksinlar hosil bo'ladi. Masalan, grammanfiy mikroorganizmlar lipopolisaxaridlar (endotoksin) va Teyxol kislotasini grammusbat mikroorganizmlar ajratadi. Bunday toksinlar mikroorganizmlarning yemirilishidan yoki lizis bo'lishida yuzaga chiqib, ko'p a'zolar disfunktsiyasiga olib keladi. Antibiotiklarni tanlashda eng kam endotoksin ajratadigan antibiotiklarni tanlash zarur. Hozirgi paytda bu talablarga javob beradigan karbapinemlar (imipinem)dir.

- **SIRS (sistemic inflammatori respons sindromi)** - yallig'lanishiga sistemali javob reaksiya deb nomlanadi.

Shunday qilib qanchalik kasallik og'ir va qanchalik infeksiyaning yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishi kuzatilganda (SIRS-tizimli yallig'lanish reaksiyasi) sepsis, og'ir sepsis, septik shok eng yuqori effekt beradigan va xavfsiz antibiotiklar ishlatilishi zarur. Davolanishni boshlanishida antibiotiklar empirik holatda tavsiya qilinadi. Mikrobiologik tekshiruvlar (grammanfiy, grammusbat, surtma olinadi va gramm usulida bo'yash) har xil biologik suyuqliklardan va drenajlardan chiqadigan suyuqliklardan olish kerak) bu tekshiruvlarni antibakterial terapiya boshlanishidan oldin olish kerak.

**Teri va yumshoq to'qimaning yallig'langanida bo'ladigan sepsis**

Teri va yumshoq to'qimalarning yallig'lanishi sathiga qarab (terini tashqi yuzasi, teri osti qavati va mushaklar) har xil mikroorganizmlar qatnashadi va eng ko'p uchraydi. Stafilokokklar va noklostridial anaeroblar (bakteriodlar, penta streptokokklar) ham tashkil qiladi.

Teri va teri osti yog' qatlamini lokal yallig'lanishida (furunkul, karbvonkul, gidroadenitlarda) eng ko'p birinchi yallig'lanish holatini chaqiruvchilar stafilokokklar hisoblanadi.

Davolashni tashkil qilishda teri va teri osti yumshoq to'qimalarning yiringli yallig'lanish kasalligi boshqa kasalliklarning asorati bo'lib masalan onkologik va surunkali kasalliklarni tashkil qiladi. Agar infeksiya sababi surunkali patogen omillar bo'lishi sababli (oyoqlarda, oraliq sohasida, dumbalarda, bo'g'imlarda) asosan grammanfiy tayoqchalari batsillalardan, enterobakteriyalar fonida yuzaga chiqadi. Bu holat albatta antibakterial davolashni tashkil qilishda e'tiborga olinishi kerak.

Bunday yiringli yallig'lanishlarni davolashning natijasi eng avvalo to'laqonli, radikal holatda o'tkaziladigan ikkilamchi xirurgik ishlovning o'tkazilishiga bog'liq. Ayni shu xirurgik ishlardan keyin antibakterial terapiya yaxshi foyda beradi.

Yuqoridagi keltirilgan holatlarda antibakterial davolashda klindamitsin, (linkomitsin) aminoglikozidlar tavsiya qilinadi yoki o'zining yaxshi ta'sirini ko'rsatadigan antibiotiklar kombinatsiyasi - amoksatsillin, klavulon kislotasi bilan va ampitsilin sulfaktam bilan kombinatsiya holatida ishlatish mumkin.

Og'ir sepsisda va septik shokda sefepim kombinatsiyasi bilan (sefalosporinning IV avlodi) metronidazol va ultrospektrli karbopenemlar, imiopenem, meropenemlar tavsiya qilinadi. Kasallikning asosiy sababchisi streptokokklar va klostridiyalar bo'lganida (bakteriologik tekshirishlarga asoslangan) benzil penitsillinning natriyli tuzi 12-24 ml/ed bir sutkada tavsiya qilinadi.

**Abdominal sepsis.** Abdominal sepsisning umumiy xirurgiyadagi asosan peritonitning har xil asoratlari hisoblanadi.

Peritonitlarning klassifikatsiyasi bo'yicha eng ko'p uchraydigan turi ikkilamchi peritonitlar 85-90% va uchinchi peritonitlar 10-15% tashkil qiladi. Ikkilamchi peritonitlarning tahminan 15-20% sepsis bilan asoratlanadi. Abdominal sepsisda infeksiyaning asosiy o'chog'ini birinchi operatsiya bilan bartaraf qila olmaydi.

Abdominal sepsis uch shaklga – peritoneal, pankreatogen va ichak shakllariga bo'linadi, har biri ma'lum klinik belgilar bilan yuzaga chiqadi.

Antibakterial davolashda o'sha sohadagi florani o'rganib tegishli antibiotiklarni tanlash zarur.

Adabiyotlardagi odatiy ma'lumotlarda mikrobiologik tekshirishlar asosida peritonitni chaqiruvchi mikrofloralar berilgan.

E.coli 51 %, klebsiella 14 %, entero bakteriyalar 6 %, proteylar 16 %, psevdomoniyalar 7 %, enterokokklar 17 %, streptokokklar 12 %, stafilokokklar 5 %, bakteroidlar 72 %, klostridial infeksiyalar 27 % tashkil qilgan. Bu ko'rsatgichlar peritonit polimikrogen etiologiyasi bo'lib hisoblanadi va grammanfiy va grammusbat mikroblar keltirilgan.

Abdominal sepsisni chaqiruvchilarining asosiy o'chog'i oshqozon osti bezidagi infeksiyon holat bo'lganida eng saylangan antibiotiklarni tanlash ular maksimal bosuvchi konsentratsiyada bo'lishi shart. Hozirgi paytda bu preparatlar 3 guruhga gidroxinalonlar, sefalosparinlar IV avlodi va karbopenemlar hisoblanadi. Shuning uchun pankreatogen abdominal sepsislarni ftorxinalonlar bilan davolashlari kerak.

Bunga alternativ variantlar sefalosporinlarning IV avlodi sefepim va metronidazol bilan birga tavsiya qilish kerak.

Agar og'ir sepsis pankreatogen xarakterli bo'lsa ko'p mualliflar karbopenemlar (imipenem, meropepem) tavsiya qiladilar. Ular ultra spektrda ta'sir qiladi va oshqozon osti bezining parenximasigacha yetib boradi va lipopolisaharidlarning chiqishini pasaytiradi. Juda yaxshi effekt ftorxinonlarni perfloksatsin, aflosaksin metronimidazol bilan birga qilinganda uchlamchi peritonit bilan abdominal sepsis shakllanganda davolash ancha yaxshi natija beradi. Bu holat sepsisni chaqiruvchi mikroorganizmlarning spektriga bog'liq. Bunday abdominal sepsisda chaqiruvchilarni polirezistentli stafilokokklar, enterokokklar, ko'k yiringli tayoqchalar va enterobakteriyalar hisoblanadi. Adabiyotlarda va biz ham o'z amaliyotimizda kombinatsiya holatida meropinem, vankomitsin, sefepim va metronidazol qo'llanilganda yaxshi effekt oldik.

**Osteomielit sababli rivojlangan sepsis** -osteomelitlar har holda ko'pincha sepsis asoratini beradi. Osteomelitlar gemotagen va travmadan keyingi asoratlarda uchraydilar. Osteomelitdan keyingi sepsis asoratlari ko'pincha og'ir bemorlarda uchraydi, gemotogen osteomelitning asosiy sababchilari stafilokokklar, streptokokklar bo'lib enterobakteriyalar bilan kamroq uchraydi. Keltirilgan faktlarga asoslanib aytish mumkinki, aynan osteomelitlarni kasalxonadan tashqari infeksiyalar ham chaqiradilar.

Ularni davolashning asosiy xususiyatlaridan oksotsilin (12 gr 1 sutkada) yoki sefozalin (4 - 8 g bir sutkada), gentamitsin bilan birga tavsiya qilinadi. Ayrim holatlarda linkamitsin, klindamitsin, aminoglikozidlar II avlodi (gentamitsin, tetramitsilin) bilan birga

qo'llanilganda yaxshi effekt beradi. Surunkali osteomielitlarni 75% dan ko'proq holatlarda metitsilin rezistentli stafilokokklar chaqiradi va ularni vankomitsin yoki rifampitsin bilan davolash 3-5 haftada yaxshi natija bergan.

**Postravmatik osteomielitlarda** mikroorganizmlarning spektri boshqacha bo'lib anaeroblar va ko'k yiringli tayoqchalar tashkil qiladi. Shuning uchun ham birinchilar qatorida amoksatsilin, ftorxinolonlar, siprofloksatsin + linkomitsin yoki klindomitsin kombinatsiyasida ishlatganda yaxshi natija ko'rsatadi. Agar rezistentligi kuchli bo'lganda vankomitsin yoki rifampitsin sefalosporinlarning III avlodi bilan yoki ftorxinolonlar bilan kombinatsiya holatida tavsiya qilinadi. Bemorlar ahvoli og'ir bo'lib yiringli holatlar tananing boshqa sohalarida ham uchrasa (septik pnevmoniya, perikarditlar) monoterapiya sifatida sefalosporinlarning IV avlodi - sefipim, vankomitsin yoki metranidazol bilan kombinatsiya qilish kerak. Antibiotiklar bilan davolash uzoq 3-5 hafta davom etishi kerak. Antibiotiklarni to'xtatish kriteriyasi mahalliy holatning yaxshilanishi va bakteriologik verifikatsiyaga asoslanadi.

**Nutritsion davolash.** Og'ir kritik holatdagi bemorlarni davolashda eng muhim organizmga nutritsion yordam berishdir. Bu davolash usuli ilmiy asoslangan bo'lib organizmning metabolik va funksional holatni yaxshilash asosiy maqsaddir. Ana shunday og'ir bemorlarning oziqa faktorlariga vrachlar tomonidan yaxshi e'tibor qilmasligi organizmning emirilishiga olib keladi. Nutrietiklarni parafarmatsevtiklar qo'llaydilar. Xirurgiya amaliyotida ko'pincha ayrim bemorlar tibbiy yo'l bilan oziqlanishni xohlamaydilar bunday hollarda ularga sun'iy oziqa beriladi. Ana shu holatlar peritonit, sepsis, politravmalar katta kuyishlar bo'lganda bemorlarda uchrashi mumkin bo'lgan o'zgarishlar va bemorlarning tibbiy oziqa moddalariga bo'lgan talabini qondira olmaydi. Shunday holatlarda ham sun'iy yo'l bilan oziqlantirishga o'tadilar, hozirgi keltirilgan adekvat holdagi sun'iy oziqlantirishni bemorlarga o'z hajmida tavsiya qilishga nafaqat davolashda samara bermay hatto davolashga ketgan harajatlarni kamaytiradi. Sun'iy nutrieti oziqlantirishni parenteral yoki enteral yo'l bilan amalga oshiriladi. Yaralarning yallig'lanishi va operatsiyadan keyin infeksiyon asoratlarida bemorlarga gipermetabolik katabalizm, ya'ni organizmning energiyaga va plastik materiallarga bo'lgan talabi oshadi. Keyin sepsis paytida energiyaga bo'lgan talab 50- 60 kkal ga, oqsilga 2- 3 gr/kl, (1sutkalik oshadi) o'rtacha 1 sutkada bemorlar sepsis bilan 30- 35 gramgacha azot yo'qotadi. Bu esa 185 - 220 gr oqsil ekvalentiga

tengdir. Agar shu yo'qotilgan azot miqdori qoplanmasa organizmda 25 gr mushak massasi yemiriladi. Ana shunday giperkatabalizm va autokatabalizm organizmning oqsil energiyasi yetishmovchiligiga olib keladi, organizm oriqlaydi va ko'p a'zolar yetishmovchiligi sodir bo'ladi.

Giperkatabalizm patofiziologik jihatdan nafaqat energiyaga bo'lgan talabni kuchaytirib qolmay, kislorodga bo'lgan talabni oshiradi va karbonat kislotasining natijada karbon suvlarning sarflanishi oshadi, ammo aktiv gemogenez almashtirib bo'lmaydigan aminopeptidlarning haddan tashqari kamayib ketishiga olib keladi.

1936 - yilda H.O Studley aytgan ediki bemorlar operatsiyagacha 20% dan ko'proq og'irlik vaznini yo'qotsa o'lim 33% ga o'sadi. Agar o'z vaqtida adekvat holda ozuqa berilsa operatsiyadan keyingi o'lim 3,5% teng bo'ladi.

Demak ozuqa moddalarining yetishmovchiligida xirurgik bemorlarda operatsiyadan keyingi asoratlari 6% ga, o'lim esa 11 marta oshadi. O'z vaqtida oziqa berilsa asoratlari 2,3 marta, o'lim esa 7 marta kamaygan.

Oziqa miqdorining yetishmovchiligi odamning himoya kuchiga ta'sir qiladi va operatsiyadan keyingi har xil infeksiyon asoratlari ko'payadi (pnevmoniya, yaraning yallig'lanishi, sepsis). Bemorlardagi trofik holat to'la ta'minlanishi qancha past bo'lsa, organizmda energiya defetsiti yuqori bo'ladi, bemorlarning operatsiyadan keyingi o'lim surati oshadi. Shuning uchun ham bunday bemorlarga nutrietlar yordami kerak bo'ladi.

1. Bazis nutriet yordamining asosiy funksiyasi bemorning funksional makro-mikro nutrientlarga bo'lgan talabini oral yoki sun'iy (parienteral yoki enteral) yo'llar bilan ta'minlashdir.

Nutriet yordamining asosiy maqsadi dietoterapiya asosida qo'shimcha sun'iy tayyorlangan ozuqani biologik jihatdan yuqori baholanadigan aralashmalar berib tezda klinik effekt olishdir.

Eng avvalo nutrietlar yordamida bemorlardagi mikronutrientlar yetishmovchiligini bartaraf qilish kerak. Bunday tadbirni amalga oshirishda ratsional saralangan har xil vitamin minerallar kompleksi va oziqaga qo'shimcha biologik faol qo'shimchalar aralashtirilganda klinik effektivligi oshganligi tasdiqlangan. Giperkatabalizm patofiziologik jihatdan nafaqat energiyaga bo'lgan talabni ko'paytirib qolmay, kislorodga, karbonat kislotasiga bo'lgan talabni ham oshiradi. Natijada karbon suvlarning sarflanishi oshadi, ammo aktiv glikoyenez almashtirib bo'lmaydigan aminokislotalarning haddan tashqari bijg'ishi yuzaga

chiqadi. Ana shu holat organizmda alimentar oriqlash oqibatlariga olib keladi.

**Shunga asosan og'ir bemorlarda nutriyentlar yordami o'ta aktual hisoblanadi.**

1. Nutriyentlar yordamini o'z vaqtida tavsiya qilish. (tananing oriqlashishini ogohlantirish oson, uni davolashga nisbatan).

2. Nutriyentlar bilan bemorlarni ta'minlash uning alohida talabiga asosan adekvat bo'lishi kerak.

3. Nutriyent yordamini eng muhim muddatda o'tkazish kerak.

Oxirgi yillarda tasdiqlashganki, ichaklar nafaqat ozuqa moddalarning va nutriyentlarning so'rilishiga javob bermay, eng muhim endokrin, immun, mexanik, metabolizm, gomeostaz, baryer funksiyalarini ham bajaradi. Shuning uchun ham ichaklar poliorgan disfunksiyaning rivojlanishida markaziy rol o'ynaydi.

**Enteral oziqlanish.** Enteral oziqlanish nutriyentlar yordamiga nisbatan fiziologik xususiyatga ega darajada steril sharoitlarni talab qilmaydi, amaliy jihatdan bemorlar hayoti uchun xavfli emas, 6-8 marta arzonidir.

**Immunoterapiya** - sepsisda vena ichiga immunoglobulinlar (Ig G1 IgG IgM) yuborish maqsadga muvofiq hisoblanadi. Ularning asosiy xususiyati yallig'lanishni kuchaytiradigan sitokinlarning haddan tashqari ta'sirini chegaralashdan iborat. Endotoksinlar va stafilokokklarning superagentlik klirensini ko'tarishdir.

Hozirgi kunda og'ir sepsis va septik shokda immunoterapiya yagona asoslangan usul hisoblanadi. Eng yaxshi natija kombinatsiya holida IgG + IgM bilan pentoglobinni qo'llashdir. Standart dozasi 3 kun mobaynida 3-5 ml/kg sutka hisoblanadi. Eng optimal immunoglobulinni shokning erta fazasida qo'llashdir.

Hozirgi vaqtda ekstrakorporal qonni tozalash usullaridan gemodializ, ultrafiltratsiya, gemofiltratsiya va gemofiafiltratsiyalar qo'llaniladi.

**Gemodializ.** Bu usul surunkali va aktiv holatlarda o'tkir buyrak yetishmovchiligida keng qo'llaniladi. Gemodinamik holatini o'tkir sepsisda va septik shokda bu usul chegaralangan holatda ishlatiladi.

Oxirgi yillarda ekstrakorparal detoksikatsiya sepsis bilan bemorlarni kompleks davolashda asosan gemofiltratsiya qo'llaniladi.

Gemofiltratsiya sitokinlarning, trombotsitlarning faol faktorlarini, komplementlarni bakteriyalarning translokatsiyasini va ularning toksinlarini bloklaydi, fagotsitozni stimulyasiya qiladi. Gemofiltratsiya septik immunoparalichni korreksiya qiladi. Sitokinlarni o'z vaqtida chiqarishga endogen ta'sir qiladi. Gemofiltratsiya asosan og'ir sepsis va septik shok bilan o'lim suratinii 30% ga kamaytiradi.

**Peritoneal dializ:** abdominal sepsis va septik shok rivojlanganda asosan kam effektivligi uchun qilinmaydi.

### **Oshqozon va ichak tizimidagi o'tkir stresslar sababli hosil bo'ladigan yaralar profilaktikasi**

Sepsis paytida hosil bo'lgan stress yaralardan qon oqishlar og'ir asoratlardan biridir. Umumiy o'lim 60-84% ni tashkil qiladi. Profilaktika maqsadida biror bir davolash o'tkazmasa o'lim 52% ni tashkil qiladi.

Profilaktika usullaridan H<sub>2</sub> blokatorlar, antatsitlar o'z vaqtida qo'llanilsa 2 martadan ko'proq holatlarda asorati xavfi kamayadi. Sepsis paytida stress yaralarining hosil bo'lishi faktorlariga uzoq vaqt sun'iy o'pka ventilyasiyasida ushlab, septik shoklarni rivojlanishi, koagulopatiya va gemodinamikaning stabil bo'lmasligi. Ana shu xavfli yiringli yallig'lanishlar asoratlarini davolashda o'ta muhim tadbir o'z vaqtida ikkilamchi xirurgik ishlovning o'z vaqtida o'tkazilmaganligi tufayli sodir bo'ladi. Yuqorida keltirilgan xavfi baland bo'lgan bemorlarga H<sub>2</sub> blokatorlar va proton bomba ingibitorlaridan (anatatsid preparatlaridan ko'proq effektli) stress yaraning oldini olishda enteral oziqlantirish yani zondni medianing distal qismigacha o'tkazish o'ta muhim hisoblanadi. Antibakterial davolashda klindamitsin, aminoglikozidlar bilan birga tavsiya qilinadi yoki o'zining yaxshi tasirini ko'rsatadigan antibiotiklar kombinatsiyasi amoksatsilin, klavunat bilan va ampitsilin sulfatlarni kombinatsiya xolatida ishlatiladi.

**Nostabil dinamika bo'limi.** Ana shu xavfi baland guruh bemorlariga va proton ingibitorlaridan qo'llaniladi.

Stresslarni oldini olishda enteral oziqlantirish, ya'ni zondni me'daning distal qismiga o'tkazish o'ta muhim hisoblanadi.

Chet el olimlarining (Kanada) tadqiqotlari bo'yicha H<sub>2</sub> blokator retseptorlari yaradan qon oqimi xavfini pasaytiradi va pnevmoniya kabi xavfli asoratlarni bartaraf qilishi mumkin.

Xulosa o'rnida aytish kerakki sepsis, og'ir sepsis va septik shokda davolash asosiy intensiv holda o'tkazilishi kerak. Intensiv terapiya quyidagilardan iborat:

1. Markaziy vena bosimi 8-12 mm.sim.ust. ga tushganda, AQB - 65 mm simob ustuniga; Siydik ajratish -0.5mm/kg soat, gemotakrit 30% aralashgan vena qoni - saturatsiya 70 % bo'lganda gemodinamik yordam ko'rsatiladi.

2. Respirator yordam; nafas yo'llarida bosim 35 mm simob ustunidan past bo'lsa, inspirator kislorod fraksiyasi 60 % kam, nafas olish hajmi 6ml/kg bo'lsa.

3. Kortikosteroidlar: "kichik dozada" 200, 300mg/l bir sutkada qilinadi.

4. Aktivlashgan protein S og'ir sepsisda 4 kun mobaynida 24 mkg/kg va ikkita va undan yuqori ko'p tizimda yetishmovchilik bo'lganda qilinadi.

5. Imunokorreksiya, pentaglobin.

6. Chuqur venalar trombozi profilaktikasi

7. Stress oshqozon ichak tizimida stress yaralar profilaktikasi uchun H<sub>2</sub>-retseptorlar blokadasi - ingibitorlar qilinadi.

8. O'tkir buyrak yetishmovchiligida buyraklarni davolash terapiyasi.

9. Nutriyetlar yordami; energetik oziqlanish 25-30 kkal/kg bir sutkada bemor massasiga qarab buyuriladi.

Tana og'irligi bir sutkada: oqsil 1.3-2 g/kg sutka, glyukoza 30-70%, oqsilsiz kalloriya hisobidan glikemiyani 6.1 mmol /l da ushlab. Lipidlar 15-20% oqsilsiz kaloriya.



### III - BOB

## TERMIK JAROXATLAR, KUYISH

**Kuyish** umumiy travmalar tarkibida asosiy o'rinni egallaydi. Kuyish ko'p asrlik uzoq tarixga ega bo'lib, uni davolash usullari hozirgi vaqtda klinik meditsinaning oldida turgan muhim muammolaridan biri hisoblanadi. Har kungi maishiy hayotda, ishlab chiqarishda, tinchlik va urush vaqtlarida uchraydigan xar xil halokatlarning natijasida kelib chiqadigan katta va chuqur kuyishlar sur'ati ko'paymoqda. Patogenezing og'irligi, davolashdagi qiyinchiliklar hamda o'lim tafsilotining yuqoriligi bu muammoning dolzarbligini ko'rsatadi. Jahon Sog'likni Saqlash Tashkiloti (JSST) ning bergan ma'lumotiga asosan kuyish umumiy travmalarning ichida 2-3 o'rinni egallaydi. Sanoati taraqqiy etgan mamlakatlar (AQSh, Yaponiya) kuyish bilan jaroxatlanish har 100 ming aholining 290-300 tasida uchramoqda. Rossiya federatsiyasida esa har 100 ming axolidan 441 tasida kuzatilmoqda. O'lim ko'rsatkichi kuyish markazlarida yotqizilgan har xil tipdagi kasalliklar orasida 3,8-31,5 % ni tashkil qilsa, og'ir kuyganlarda yuqori bo'lib, 33,3-82,2 % ni tashkil qilmoqda. Oxirgi yillarda har xil texnologik halokatlarning, og'ir musibatlar natijasida bir vaqtning o'zida ommaviy kuyishlar sur'ati ko'paymoqda, bunga misol qilib Chernobil fojiasi, «Komsamolets» suv osti kemasi, Armanistondagi yer qimirlashlar va Boshkirdistondagi katta portlashni keltirish mumkin.

Xar qanday xalokatlarda hamma moddiy sharoitlari yetarli bo'lgan shaharlarda ham, tibbiy yordam ko'rsatish sog'likni saqlash tizimi sayoz bo'lgan yoki borish qiyin bo'lgan turar joylarda ham sodir bo'lganda tibbiy yordam ko'rsatish muammosi yanada chuqurlashadi.

- Birinchi hospitalgacha bo'lgan etapda qishloq va shahar aholisiga birinchi tibbiy vrachlik yordami ko'rsatiladi.

- Ikkinchi (hospital) etapda maxsus kuyish bo'limlari va markazlari bo'lmagan qishloq xo'jaligi bilan shug'ullanuvchi tumanlar va shahar aholisiga malakali yordam ko'rsatiladi.

- Uchinchi xal qiluvchi bosqichda, kuygan bo'limlar yoki markazlari bo'lmagan viloyat va shahar aholisiga maxsus tibbiy yordam ko'rsatiladi. Maxsus kuyish bo'limlari va markazlari shahar aholisi uchun ikkinchi davolash evakuatsiya bosqichi hisoblanadi.

Zamonaviy halokat tibbiyotining strategiyasi bo'yicha jaroxatlanish bir vaqtning o'zida ommaviy bo'lsa (tabiat xalokatlari), zudlik bilan tibbiy yordam ko'rsatish 3 bosqichda o'tkaziladi: birinchi bosqich jaroxat olgan joylarda, ikkinchi bosqich jaroxat o'chog'iga yaqinroq joylashgan davolash maskanlarida yoki maxsus tashkil qilingan xonalarda va uchinchi maxsus markazlarda ko'rsatiladi. Vaholanki, xalokat joyida birlamchi tibbiy yordam ko'rsatishning iloji bo'lmaydi. Kuyganlarni zamonaviy davolash taktikasi birinchi etapida jangovor vaziyatga, halokat o'chog'idagi holatga, halokatning kattaligiga va tibbiy yordam brigadasining imkoniyatiga qarab tubdan o'zgarishi mumkin. Hozirgi vaqtda birinchi yordam ko'rsatish bosqichidan tortib maxsus yordam ko'rsatish bosqichigacha har bir etap uchun tibbiy evakuatsiya vazifalari, tibbiy yordam ko'rsatish hajmi va uning rehabilitatsiyasi aniq ko'rsatilgan. Kuyish jaroxati bilan uning darajasini, diagnostikasini prognozini, davolash usullarini bir xil holga keltirishda hamma davolash maskanlari va tez tibbiy yordam xizmatini tashkil qilishda ishlaydigan vrachlarda bir xil tushuncha va bir xil mezonlarni ishlatishlari uchun zamonaviy kuyishlar tasnifiga asoslanishlari lozim.

**Kuyishlar ta'snifi:** Termik agentning xarakteriga, lokalizatsiyasiga, kuyish maydoniga va chuqurligiga, kuyish kasalligining kechish davriga, qo'shimcha jaroxatlar (kombinatsiyalangan jarohatlar) ning borligiga qarab qo'shimcha tekshirishlar o'tkazilishi zarur. Bundan tashqari jaroxatlanganlarning yoshi (bolalar, o'smirlar yoshi, katta yoshlilar va qariyalar) albatta hisobga olinadi. Termik kuyish bu baland haroratning organizmga va uning to'qimalariga ta'siridan kelib chiqadigan jaroxat turidir. Termik kuyishlar etiologik omillariga qarab olov, issik suyuqlik, bug', issik havo, ko'mir cho'g'i, elektr toki bilan kuyish turlariga bo'linadi. Ularning lokalizatsiyasi (yuzi, panjalari, tanasi, qo'l va oyoqlari) kuygan maydoni hajmiga qarab xar xil bo'lishi mumkin. Kuygan bemorlar ahvolining og'irligi va kelgusidagi bashoratni baholashda kuyish yuzasining hajmi o'ta muhimdir. Shuning uchun to'la bo'lmasa ham ularni zudlik bilan vrachlik yordami ko'rsatish paytida aniqlash zarur. Odam tanasidagi teri hajmi uning uzunligiga bog'lik. Bemorning tana tuzilishi va uning semizligi hisobga olinmaydi. Kuygan yaraning umumiy hajmi butun tana hajmiga nisbatan olinadi va 100% deb qabul qilingan. Termik kuyishlarning maydonini taxminiy mo'ljal qilishda eng oddiy, amaliyotda ishlatishga qulay bo'lgan usullar ishlatiladi. Bular «to'qqizlik qoidasi» va «kaft qoidasi» hisoblanadi.

«To'qqizlik qoidasi» bo'yicha teri bilan qoplangan tananing maydoni quyidagicha: bosh va bo'yin-9 %, har bir qo'l- 9 % dan (ikkita qo'l 18 %), har bir oyoq-18 % dan (ikkita oyok 36 %), gavdaning old qismi - 18 %, gavdaning orqa qismi - 18%, oralik sohasi va tashqi jinsiy a'zolar - 1 %, jami bo'lib 100 %dan iborat. «Kaft qoidasi» bo'yicha kuygan odamning kafti taxminan 1 % ni tashkil qiladi. Kuyish maydonini aniq ko'rsatish uchun odam tanasi konturlari tushirilgan va segmentlarga bo'lingan maxsus shtamp chizig'i orqali aniqlanadi. Har bir segmenti tana yuzasining 1 % ga teng.

**Kuyishning chuqurligiga qarab quyidagi 4 darajaga bo'linadi:**

I -darajasida terining yuzaki epidermis qavatining qisman kuyishi bo'lib giperemiya va qattiq kuydiruvchi og'riq bilan yuzaga chiqadi.

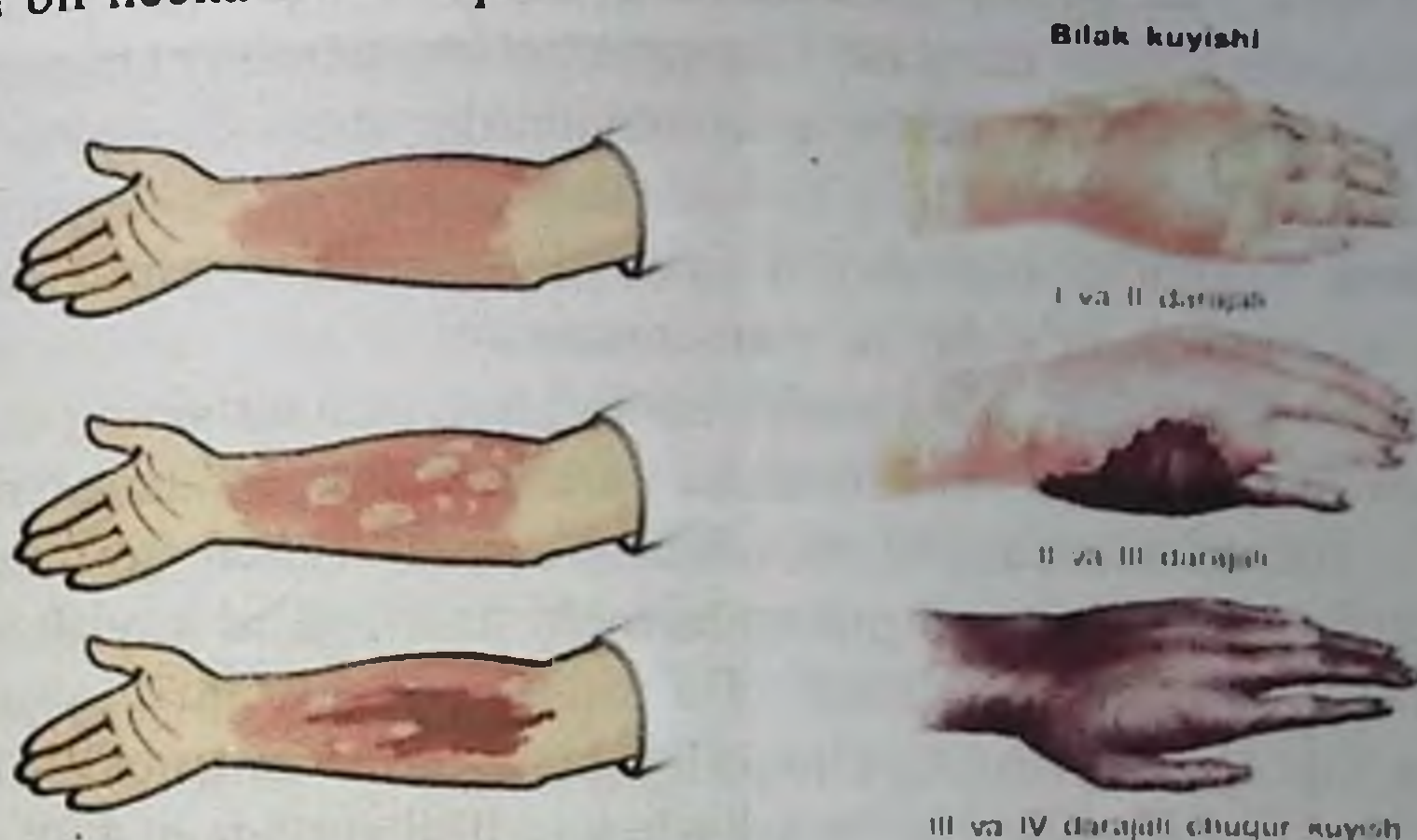
II -darajasida terining epidermis qavati batamom jarohatlanib epidermis o'z o'rnidan ko'chadi, ichi suyuklikka to'lgan pufaklar hosil bo'ladi (pufakli shakli). Dastlabki ikki-uch kun ichida qattiq og'riq bo'ladi.

III«A» - darajasida epidermis yo'q, xususiy derma qavatining o'suvchi qavatigacha kuyish bo'lib, yumshoq to'qimalari shishgan, taranglashgan, kuygan yuzasi qizg'ish yaltiroq rangda, yupqa, yorqin malla rangdagi strup bilan qoplangan, tomirlar ko'rinmaydi, og'riqli va taktil sezgilar kuchaygan.

III«B» -darajasida terining hamma qavati kuyadi, nekroz hosil bo'ladi, to'q-qizargan-oqish strup bilan qoplangan, tromblashgan venalarlar ko'p ko'rinadi. Strup barmoqlar bilan ushlanganda ular yig'ilmaydi, tagidagi qavat bilan mahkam yopishgan. Og'riq va taktil sezgi yo'qolgan.

IV -darajasida teri tagi yog' qatlam, mushaklar, paylar hatto suyaklar ham kuyishi mumkin. Chuqur qavatlari nekrozi, strup qattiq, qalin, ayrim holatlarda qora rangda yoki tim qora ko'mir rangida. I, II va III «A» darajalar yuzaki kuyishlarga kirib, teri qoplamasi uning tagidagi hujayra elementlarining saqlanib qolganligi uchun o'zida epitelizatsiya bo'lishi xususiyatiga ega. Birinchi daraja kuyishida bo'ladigan teri giperemiyasi va shishi 2-3 kundan keyin o'tib ketadi, epidermisning yuzaki qavati ko'chadi va birinchi xaftaning oxirlarida kuygan yara bitadi. Ikkinchi daraja kuyganda 3-4 kundan keyin yalig'langan-ekssudtiv holat kamayadi. Yaraning batamom bitib ketishi 10-14 kunlarda kuzatiladi.

Kuygan yarada o'zidan keyin chandiq qolmaydi, qizarish va teridagi dog'lar bir necha hafta saqlanishi mumkin.



### 43-Rasm. Termik kuyishlar

Uchinchi (III«A») daraja kuyish yiringlash bilan o'tadi. Yaraning tozalanishi 2-3 hafta davom etadi, batamom bitib ketishi 4-6 xafta ichida sodir bo'ladi. Yara bitgandan keyin turg'un dog' qoladi yoki gipertrofik va kelloid chandiq hosil bo'lishi mumkin.

Uchinchi (III «B») va to'rtinchi (IV) darajali kuyishlar chuqur kuyishlarga kirib, teri qoplamasining tiklanishi juda uzoq cho'ziladi, bitganda ham har xil chandiqlar hosil qiladi va kontrakturalar paydo bo'lishi mumkin. Shuni uchun bu daraja kuyishlarda o'z vaqtida xirurgik operatsiya yordamida auto laxtak bilan plastika qilish kerak.

Uchinchi B darajali kuyishlarda yiringli demorkatsiya yallig'lanish 2-3 hafta davom etadi. Keyin yara asta-sekinlik bilan o'lgan to'qimalardan 3-4 xafta davomida tozalaniladi va mayda donali granulyatsiya bilan qoplanadi. Yara ana shu davrda terini autodermotransplantatsiya qilishga tayyor bo'ladi.

To'rtinchi darajali kuyishda o'lgan to'qimalar juda sekinlik bilan ko'chadi, xususan paylar, suyaklar va bo'g'imlar kuyganda bu holat sodir bo'ladi.

Ko'pincha yiringli asoratlar yuzaga chiqadi. Qo'l va oyoqlarda IV darajali kuyishlarda hatto amputatsiya qilish holati rivojlanishi mumkin. Uchinchi B va to'rtinchi daraja kuyishlarda juda muvaffaqiyatli operatsiya qilingandan keyin ham har xil gipertrofik va kelloid

chandiqlar, kontrakturalar va har xil deformatsiyalar qolishi mumkin. Uchinchi A va B daraja kuyishlarda uning haqiqiy chuqurligini jaroxatdan keyingi birinchi kunlari aniqlash o'ta qiyin bo'lib, taxminiy aniqlanadi va bir hafta xatto undan kechroq muddatlarda strup chegarasi aniq demarkatsiya bo'lganda to'g'ri aniqlash mumkin. Chegaralangan kuyishlarda ko'pincha mahalliy o'zgarishlar bo'ladi, ayrim holatlarda umumiy tez o'tuvchi ta'sirlar ko'rsatish mumkin.

**Kuyish kasalligi** - o'rta yoshli bemorlarda tana terisining 10-15 % kuyganida rivojlansa, qari kishilarda va yosh bolalarda 5 % tana terisining chuqur kuyishida rivojlanishi mumkin. Vrachlar uchun hospitalgacha bo'lgan etapda kuyish kasalligining birinchi davri, ya'ni kuyish shokini aniqlash o'ta muhim hisoblanadi. Bu xolatning og'irligi kuygan tana terisining xajmiga, kuyishning chuqurligiga va jaroxatlangan kishilarning yoshiga bog'liq. Shunday qilib kuyish kasalligi quyidagi 4 davrlarga bo'linadi: Kuyish shoki (24-48 soat kuygandan keyin davom etadi), o'tkir kuyish toksemiyasi (travmadan keyin 3-7 sutkalarda rivojlanadi), septikotoksemiya (jarohatdan keyin 8-10 sutka va teri qoplamasining tiklanishiga qadar), rekonvalintsensiya (teri qoplamasi tiklangandan keyin yuzaga chiqadi). Kuyish shoki bu sindrom bo'lib, uning asosida (shilliq pardalar) terining termik jaroxati yotadi. Bu holat travma olgandan keyin jaroxatlanganlar organizmida birdaniga rivojlanib, markaziy, regionar va periferik gemodinamikaning buzilishi natijada ko'proq mikrotsirkulyatsiya va modda almashinuvining har xil patologik o'zgarishlariga olib keladi. Gemodinamikadagi o'zgarishlar to'qimalardagi qon bilan ta'minlanish holatining yetishmovchiligi bilan xarakterlanib, qon aylanish markazlashadi, yurakning minutlik hajmi pasayadi va sirkulyatsiyadagi qon hajmining kamayishi kuzatiladi. Plazmaning yo'qolishi va gemokontsentratsiya kuzatilib diurez pasayadi. Kalla, ko'krak qafasi va nafas yo'llari kuyganda tashqi nafas, organizmda gaz almashinuvining yomonlashuvi, suv elektrolitlar muvozanati, oqsillar, karbon suvlar va yog'lar almashinuvining buzilishi kuzatiladi. Asosiy modda almashinuvi birdaniga ko'tariladi. Kuyish shokiga diagnoz qo'yishda, boshlangich davrlarda oddiy mezonlardan- kuyish maydonining umumiy hajmi va Frank indeksi (FI) dan foydalanish zarur. Kuyishning umumiy maydoni deganda yuzaki va chuqur kuyishlar maydonining umumiy jamlanishi tushuniladi. Frank indeksi yuzaki va chuqur kuyishlar maydonining integral tuzilmasining ma'lum birlikda ifodalanishidir. Frank indeksini hisoblashda har bir yuzaki kuyishning

1% i bitta birlik indeksiga, chuqur kuyishning 1% i uch birlikga teng. Qo'shimcha nafas yo'llari kuyganda uning og'irligiga qarab ekvivalent holda 15-30 Frank indeksining birligiga teng.

Kuyish shokining klinik rivojlanishida yuzaga chiqadigan sog' teridagi va shilliq pardalardagi oqarish, sianoz, tana haroratining pasayishi, taxikardiya, hansirash, diurezning pasayishi, chanqoqlik, ichaklar parezi kabi belgilarga e'tibor berish kerak. Kuyish shokining klinik ko'rinishiga va uning kechish muddatining cho'zilishiga qarab yengil, og'ir va o'ta og'ir shok darajalariga bo'linadi. Yengil shokning nafas yo'llari jaroxatisiz bo'lganda o'tish muddati 24 soatni, ularning birgalikda kuzatilganda 48 soatgacha davom etadi. Og'ir shok 48 soatgacha cho'ziladi. O'ta og'ir shok bir necha soatdan (o'lganlarda) 72 soatgacha (shokdan chiqarilgan kuyganlarda) davom etadi.

**Kuyish shokining kelgusidagi bashoratini aniqlashda quyidagi mezonlar ishlatiladi:** Frank indeksi, kuyishning umumiy maydoni, bemorning yoshi hisobga olinadi. Ana shu kriteriyalar asosida kuyish shokining oqibati yaxshi, gumonli va oqibati yaxshi bo'lmasligi mumkin.

Bundan tashqari kuyish shokining prognozini aniqlashda «yuzlik qoidasi» - bemor yoshining sonlari va kuyishning umumiy maydoni soniga qo'shilgan yig'indisi qo'llaniladi. Masalan bemorning yoshi 60 yoshda, kuyish yuzasi 40%, demak  $60+40=100$ . Bu o'ta og'ir shok darajasini ko'rsatadi. Nafas yo'llarining jaroxatini aniqlashda bemorning anamneziga va ob'ektiv ko'rikdagi natijalarga asoslanadi. Jaroxatning bu xilida yopiq binoda yong'in chiqqanda, gazlar (benzin, atseton) portlaganda, kiyimlarining alanganishi va yonishida sodir bo'ladi. Yuqori nafas yo'llarining kuyishi olovning ta'siridan, issiq havoni hidlashdan, issiq bug' bilan va gazlangan yopiq binoda qolish kabi holatlarda sodir bo'ladi. Qurum zarrachalarini hidlaganda, har xil zararli gazlar yonganda hosil qiladigan qoplamalar nafas yo'llarining ingalyatsion jaroxatlariga olib keladi. Ana shunday jaroxatlar ayrim kichik olov bilan kuyganlarda ham bo'lishi mumkin. Ko'rik paytida yuzdagi, og'iz bo'shlig'i shilliq pardasidagi, tomoqdagi, burun bo'shlig'idagi tuklarning kuyishi aniqlanadi va bemorlarda hansirash, yo'tal, tomoqda yutinish paytida og'riq, ovozning xirillashi kabi belgilar yuzaga chiqadi. Bemor balg'amida qurum zarrachalari topiladi. Og'ir xolatlarda nafas olish stenotik xarakterda bo'lib, yordamchi nafas mushaklarning ishtirokida amalga oshiriladi. Yongan gaz bilan

zaharlanganda ko'zga ko'rinadigan pardalarda, sianoz-teri qoplamasining oq-ko'kimtir rangdaligi, har xil qaltirashlar va komatoz holatlar kabi klinik belgilar paydo bo'ladi. Nafas yo'llari jaroxatlanishi simptomlariga vrachlar hamma tez tibbiy yordam ko'rsatish etaplarida e'tibor berish kerak. Nafas yo'llarining termoingalatsion jaroxatlari bilan bemorlar maxsus bo'limlarga yoki kuyish markaziga tushganda termoingalatsion travmalarga diagnoz kuyish uchun qo'shimcha fibrobronhoskopiya va rentgenologik tekshirishlar o'tkaziladi.

**Gospitalgacha tibbiy evakuatsiya etapida zudlik bilan vrachlik yordamini ko'rsatish va uni tashkil qilish.** Bizning har kungi hayotimizda kuyganlarga zudlik bilan vrachlik yordami gospitalgacha etapda asosan poliklinika tizimlarida (QVP, Med sanchast, shahar travma punktlarida yoki poliklinikalarida), tez tibbiy yordam brigadalari tomonidan, kuyish bilan jaroxalanganlarning ommaviy tushishlarida maxsus tez tibbiy yordam brigadalari yoki tashkil qilingan tez jalb qilinadigan tibbiy brigadalar tomonidan ko'rsatiladi. Zudlik bilan yordam ko'rsatadigan gospitalgacha bo'lgan etaplarda vrachlarning asosiy tashkiliy vazifalari quyidagicha: Organizmga xaddan tashqari yuklamani oshirmaslik maqsadida suyuqlikning 1/2, 1/3 sutkalik miqdorlari parenteral yuborilganda vena ichiga 2 ml - 1% furosemid eritmasi yuboriladi va peroral bir tabletka gipotiazid (0,05g) beriladi. Kuyish shokining yengil darajasi kuzatilgan bemorlarga aylanishdagi qon xajmini to'ldirish, mikrotsirkulyatsiyani va suvsizlanishni pasaytirish maqsadida vena ichiga 400 ml poliglyukin (katta oqimda), keyin laktat 400 ml tomchilab, glyukoza ning 10% - 200ml eritmasi (katta oqimda) quyiladi. Keyinchalik infuzion davolash kolloid moddalar yuborish bilan almashtiriladi. Poliglyukin va reopoliglyukin 400 mldan, 5% glyukoza eritmasi, laktasol. Ringer eritmasi yoki 0,9%-400 ml natriy xlor eritmasi tomchilab quyiladi. Og'ir kuyish shoki bilan bemorlarga birinchi sutkada yuqoridagi maqsadni amalga oshirish uchun infuzion davolash boshlanadi: poliglyukin 400-800 vena ichiga keyin reopoliglyukin 400ml oqim bilan va tomchilab, laktasol 400 ml tomchilab, bundan tashqari miya oziqasini yashilash, yurak mushaklar faoliyatini yaxshilash maqsadida diurezni kuchaytirish uchun 10% 200 ml oqim bilan glyukoza quyiladi. Shunday holatda, umumiy glukoza miqdori aniqlangan holda uni korreksiya qilish uchun insulin yuboriladi. Keyingi infuzion terapiya kolloid moddalar bilan almashlanib, novokain, tomchilab quyiladi va 4% gidrokarbonat natriy eritmasi tomchilab quyish bilan tamomlanadi.

Oligouriya xolati kuzatilganda diurezni stimullash maqsadida qo'shimcha 20% - 200 ml mannitol eritmasi vena ichiga, yoki laziks 20-40mg sistemaga qo'shiladi. Ikkinchi sutkada-davolashdagi kolloid eritmalarning va suv-tuzli eritmalari quyilishi navbati bilan almashinuvi prinsipi davom etadi. Suyuqliklarni tomchilab kuyish tezligi quyidagicha hisoblanadi: tomchining 1 minutlik sur'ati suyuqlik xajmining litriga teng. Bir sutkada quyiladigan suyuqlik xajmi 14 ga ko'paytiriladi. Masalan: 1 sutkada quyiladigan suyuqlik xajmi 2,8 l tashkil qilsa, demak tomchining sur'ati 1 minutda  $2,8 \times 14 = 39$ . Bir sutkada 5,6 l suyuqlik quyimoqchi bo'lsak  $5,6 \times 14 = 78$  tomchi bir minutda quyiladi. Infuzion terapiyani boshlanishidan va tamomlashdan oldin yuqorida keltirilgan medikamentoz moddalar yuboriladi. Undan tashqari, tana xarorati, diurez, pulsning soni, AQB, qo'yilgan bog'lamlar doimo nazoratda bo'lish kerak. Agar yaralarda shish bo'lib bog'lamlar qissa, uni kesib kengaytirish kerak. Ikkinchi saralangan guruh bemorlarga infuzion va shokka qarshi medikamentoz davolashdan tashqari quyidagi tadbirlar qilinadi: oksigenoterapiya, ko'krak qafasi va qo'l oyoqlarda sirkulyar chuqur kuyishlar bo'lganda nekrotomiya (III B, IV darajali kuyganlarda), nafas yo'llarning termoingalyatsion kuyishlarida ingalatsiyon davolash, o'tkir nafas yetishmovchiligi rivojlanganda traxeostomiya qo'yish. Oksigenoterapiya: Bemorlarda xansirash, teri qoplamasi va ko'rinadigan shilliq pardalarida sianoz bo'lganda gipoksiyani kamaytirish uchun qilinadi.

Bu muolaja tanaffus bilan 30-60 minutdan bir-ikki soat oraliq bilan butun shok davrida kislorod ingalyatori bilan yoki burun teshiklariga kateter qo'yish yordamida qilinadi.

**Nekrotomiya** - ko'krak qafasi va qul oyoqlardagi sirkulyar chuqur kuyishlarda maxalliy qon aylanishining buzilishiga va nafas olish qiyinlashganda qilinadi. Buning uchun o'lgan to'qimaning proksimal qismida uning distal qismigacha skalpel yordamida o'lgan to'qima qalinligida uzunasiga kesmalar qilinadi. Kesmaning chuqurligi hosil bo'lgan strupning qalinligiga bogliq, bordiyu kesma chuqur bo'lsa qon oqish xollari kuzatilishi mumkin. Shuning uchun doimo xirurgik asboblari: ignalar, tikish uchun iplar, qisqichlar, igna ushlagich tayyor bo'lishi kerak. Qon oqayotgan tomirlar tikiladi nekrotomiyaning oxirida steril konturli bog'lamlar qo'yiladi.





**44- pacm. Ikkala son boldirning III A va III B darajali kuyishi.**

**Ingalyatsion davolash:** Bu davolash turi bronhospazmni bartaraf qilish yoki uni profilaktika qilish uchun o'tkaziladi. Bundan tashqari kuyganlarda nafas yo'llarining jaroxati bilan o'pkada qon aylanishini stabillashtiradi, traxeya bronxial shaxobchalaridagi gipersekretsiya xolatini pasaytiradi.

Ingalyatsiya qilish uchun quyidagi aralashmalar ketma-ket ishlatiladi: 2,4 % eufillin eritmasi 1-5 ml, 4 % gidrokarbonat eritmasi 2 ml va 125 mg gidrokartizon. Nafas yo'llari kuyganda ingalyatsion davolashga ko'pincha bronxolitiklar (2.4 % eufillin 5 ml, bir sutkada 2-3 marta) vena ichiga qo'shimcha qilinadi.

**Traxeostomiya:** o'tkir nafas yetishmovchiligi rivojlanganda konservativ davolash effekt bermasa va sun'iy nafas apparatiga kuyishda nazo yoki rototraxeal intubatsiya qilishga sharoit bo'lmasa qilinadi.

**Kuyish shokini davolashda** o'tkaziladigan vena ichi infuzion davolash paytida quyiladigan suyuqliklar xajmi doimo nazoratda bo'lishi kerak. Buning uchun bir soatlik va sutkalik ajralgan siydik miqdori, tana xarorati, puls surati va arteriya qon bosimi o'lchab turiladi. Bemorlarning ommaviy tushishlarida infuzion davolash effektivligini nazorat qilish qiyinlashadi (sirkulyatsiyadagi qon xajmi, qon aylanishining minutlik xajmi) va uni aniqlash mumkin bo'lmay qoladi. Diurezni aniqlash uchun siydik maxsus o'lchanadigan flakonlarga yig'iladi. Oligoanuriya yuzaga chiqqanda diuretiklarni qo'llashga ko'rsatma bo'ladi. Bu moddalarning qilinishidan maqsad kuyish shoki vaqtida buyrak yetishmovchiligi, miya va o'pka shishlarini bartaraf qilish. Diurez pasayganda 250ml 20% mannitol yoki 40-60 mg laziks vena ichiga oqim bilan yuboriladi. Ana

shu moddalar 30-60 min ichida diurezni 30-50 ml soatga ko'tarmasa, ularni davom ettirish xavfli bo'lib, qon aylanishida ortiqcha yuklama va o'pkada shish paydo bo'lishiga olib keladi. Shokka qarshi davolash samara bermasa (anuriya, qon bosimining tushishi) bemorlarni simptomatik davolashni davom ettirish uchun palataga o'tkazadilar, tana xaroratini nazorat qilish: Gipertermiya ( $39-40^{\circ}\text{C}$ ) bulganda vena ichiga (bitta shprisda 20 ml 1 laxzada 10 ml 2% li amidopirin, 1 ml 20% demedrol, 1 ml 2% promedol yuboriladi). Bemorning bosh soxasiga muz to'ldirilgan idish yoki sovuq suvda xo'llangan sochiq qo'yiladi. Agar tana xarorati subnormal va normal xolatiga tushsa vena ichiga yurak dorilari (2% - 10 ml sulfokamfokain yoki 1 ml kardiamin yoki 0,06% korglyukon) vena ichiga qilinadi. Bemorda kuchli terlash bo'lsa, infuzion moddalarning miqdorini 800-1200ml gacha asosan suv-elektrolit eritmalari xisobiga ko'tarish lozim.

**Kuygan bemorlarning shokdan chiqish mezonlari:** diurezning va qon bosimining mustaxkam normallasuvi, periferik venalar spazmining bartaraf bo'lishi, bemor teri qoplamasining isishi, tana xaroratining ko'tarilishi. Bemorlarni kelgusi maxsus kasalxonalariga ko'chirish uchun ularning transportda olib ketilishi mumkinligini xal qilish uchun shokning tamom bo'lishi faktlarini aniq izoxlash zarur.

**Bemorlar ommaviy tushganlarida birinchi vrachlik yordam ko'rsatishlarida kuygan yaralarni tozalash o'tkazilmaydi.** Aloxida ta'kidlash zarurki, bemorlarga kuyish shoki paytida biror amaliy muolaja (nekrotomiyadan tashqari) qilinmaydi. Qo'shimcha jaroxatlanmaslik uchun kuygan yaralarga aseptik bog'lam eng yaxshisi malxamlar bilan bog'lam qo'ygan ma'qul. Bemorlar shokdan chiqqandan keyin juda ifloslangan yara bo'lsa, qo'yilgan bog'lam tushib ketsagina kuyganlarni bog'lov xonalariga yuboradilar. Kombinatsiyalashgan termo, mexanik jaroxatlanganlarga yuqorida keltirilgan davolash tadbirlariga qo'shimcha xolda qon ketishni to'xtatish, singan suyaklar soxasida anesteziya qilish, chiqqan bo'g'imlarni to'g'irlash, yaralarning infeksiya bilan asoratlanishi profilaktikasi va transportirovka uchun taxtakashlash qilinadi.

**Malakali yordam:** bu yordam tibbiy evakuatsiyaning II etapi (gospital bo'lib, qishloq axolisi va shaxarda yashaydigan kishilar uchun zudlik bilan vrachlik yordami ko'rsatiladi. Bu etap bir vaqtning o'zida maxsus kuyish bo'limlari yoki markazlari bo'lmaganda va ommaviy kuyganlar uchun davolash va evakuasiya etapi bo'lib hisoblanadi. Bu etapning tuzilishini markaziy tuman shifoxonasining reanimatsiya,

xirurgiya va travmatologiya bo'limlari tashkil qiladi. Katta kuyishlar bilan shok xolatiga tushgan bemorlarni hospitalgacha etapda reanimatsiya bo'limiga, agar bunday bo'lim bo'lmasa, xirurgiya yoki travmatologiya bo'limlardagi aloxida bir palataga joylashtirilib shokka qarshi davolash o'tkaziladi. Markaziy tuman shifoxonasining xirurgiya va travmatologiya bo'limlariga katta yuzaki kuyishlar bilan (II va III- darajasi), yoki yuz-jag', barmoqlar, panja (oyoqlar) sohasidagi chegaralangan kuyishlar bilan poliklinikalardan yoki jaroxat joyidan to'g'ri kelishlari mumkin.

Xuddi shunday chuqur chegaralangan kuyishlar (III «B»-IV daraja) bilan bemorlar xam hospitalizatsiya qilinadi. Zudlik bilan yordam ko'rsatadigan vrachlar kuyish va kuyish kasalligining patogenezini, kuyish jaroxatining diagnostikasi va ularning prinsipini, shok davrida davolashni tashkil qilish va uni davolashni, o'tkir kuyish toksemiyasi va septikotoksiya davrlarining patogenezini yaxshi bilishlari kerak. Stasionar sharoitida kuyganlarga malakali tibbiy yordam ko'rsatish sharoiti, shok xolatidagi bemorlarga intensiv davolash xajmini kengaytirish yoki infuzion terapiyaga izogen oqsilli preparatlar (albumin eritmasi, nativ va quruq plazma), antigipoksantlar, antiagregantlar, proteoliz ingibitorlari, gormonlar, membrana protektorlarni qo'shimcha tavsiya qilish imkoniyatini yaratadi. O'tkir nafas yetishmovchiligida sun'iy ventilyatsiya o'tkaziladi. Anesteziologik yordam ko'rsatish tubdan kengayadi. Maxsus kuyish markazlariga bemorlarni yuborish ular shok xolatidan chiqqanidan keyin va shu markaz raxbarlaridan bemorlarni o'tkazishga ruxsat olingach amalga oshiriladi. Ayrim xolatlarda regional kuyish markazlari o'zlari maslaxatchi yoki maxsus kuyganlarga yordam ko'rsatish birgadalarini yuborib bemorlar axvolini to'g'ri baxolash, yordam ko'rsatish xajmini aniqlash va kuyish markaziga o'tkazish to'g'risida kelishadilar.

Markaziy tuman shifoxonalarida yuzaki kuygan bemorlar davolanishini boshlaydilar va oxirigacha tamom qiladilar. Ularni davolashda og'riqli sindromning profilaktikasi, yallig'lanishga qarshi, sedativ moddalar qo'llaniladi. Fizioterapiya, kuygan yaralarni tozalash (tushgan paytida) va keyinchalik yaraga suvda eruvchi malxamlar, yopqichlardan foydalanadilar. Antiseptiklar, polimerlardan foydalaniladi. Subdermal kuyishlar bo'lganda nekrotik to'qimaning tezroq joyidan ko'chishi uchun ximik nekroliz usuli ishlatiladi.

Bemorlarning ommoviy jaroxat olganlarida зудlik bilan yordam ko'rsatishini tashkil qilishda albatta maxalliy, viloyat va Respublika tez

tibbiy yordam markazlari xabarlarini va sogliqni saqlash tizimi xabarini jalb qilinishlari kerak. Zudlik bilan ko'rsatiladigan yordam xajmi ikkinchi etapda yuqorida keltirilgan jaroxatlarni saralash va malakali tibbiy yordam xajmi minimal yoki maksimal bo'lishi, shokka qarshi terapiya o'tkazish va maxalliy davolash uchun vositalar ta'minoti asosida o'tkazilishi prinsipi saqlanadi.

**Kuyganlarni maxsus tibbiy yordam ko'rsatish:** Maxsus tashkil qilingan Respublika kuyganlar markazida va bo'limlarda ko'rsatiladi. Bizning viloyatimizda Samarqand shahar tibbiyot birlashmasidagi viloyat kuyish markazi va R.Sh.T.Yo.I.M Samarqand filialidagi kuyish bo'limlarida amalga oshiriladi. Ayrim og'ir kuygan bemorlar va ularning og'ir asoratlari bilan Respublika Shoshilinch Tibbiy yordam ilmiy markazi (R.Sh.T.Yo.I.M) qoshidagi kuyganlar markazidan foydalanish mumkin.

**Davolashning asosiy maqsadi:** Chuqur kuyishlar bilan bemorlarning, yo'qotilgan teri koplamasini зудlik bilan tiklash, yuzaki kuyishlarda yaraning tezroq bitishiga erishish, kontraktura va chandiqli deformatsiyalarning oldini olish, kuyganlarni ijtimoiy va mehnat rehabilitatsiyasini o'tkazish. Yengil, og'ir va o'rta og'ir kuyish shoklarida bo'ladigan gipovolemiya va metabolik o'zgarishlarni birinchi sutkada korreksiya qilish, kolloid va suv tuz eritmali suyuqliklar 1:1,5, 1:2 va 2:1 nisbatda infuziya qilish yo'li bilan amalga oshirilishi kerak. Bunda quyiladigan suyuqliklarning umumiy xajmi 30-50-70-90 va 80-120 ml/kg tashkil qiladi. Shok davrining 2-sutkasida gemodinamik va metabolik ko'rsatkichlarning stabillashuviga qarab qo'yiladigan suyuqliklar xajmi kamayadi yani 1/3 yoki 1/2 ni tashkil qiladi. Ana shu tartibni saqlagan xolda qilinganda birinchi sutkada diurezni soatlik xajmi 69-74 ml/soat va ikkinchi sutkada 69-104 ml/soat bo'ladi. Shokning 48 soatdan keyin chiqish davrida aylanuvchi qon xajmi 74,6-80 ml/kg, Hb - 144-146 g/l, gematokrit 41-45, ph-7,34-7,4 da bo'ladi.

**Shokka qarshi davolash kompleksi** o'tkazilganda antigipoksantlar (sitoxrom-S), antiagregantlar (trental), antikoagulyant (bevosita tasir qiluvchi geparin), proteoliz ingibitorlari (kontirikal, gordoks, traziol), vitaminlar (C, B-6, B-12, A - tokoferol) qo'llaniladi. Bizning kuyish bo'limimizda oxirgi 4 yil ichida kuygan bemorlar qonida lipidlarning perekisli oksidlanishi va antioksidantlar xolati yaxshi o'rganilmoqda va shu asosida tokoferol atsetat davolash arsenaliga maxsus kiritilgan. Nafas yo'llari kuyganda diaqnoz qo'yish va sanatsiya maqsadida

fibrobronhoskopiya, ultratovush bilan ingalyatsiya qilish muhim xisoblanadi.

Ana shunday davolash taktikalari qo'llanilib bizning bo'limimizda 330 bemordan 213 tasini (87%) shok xolatidan chiqardik. Umumiy o'lim 28-29% ni tashkil qilmokda. Kuyishlarni maxalliy davolashda eng foydali, amaliyotda keng qo'llaniladigan va kuyganlarga zudlik bilan maxsus yordam ko'rsatishda xam qulay ishlatiladigan antiseptiklardan: 1% iodovidon eritmasi, xlorgeksidin eritmasining 1:1000, furatsilin 1:5000, 3% perekis vodorod eritmasi qo'llaniladi. Bundan tashqari suvda eruvchi malxamlardan 5% di-unol (antioksidant effekti bilan), 5% li streptotsid linimenti, 1% va 10% li sintomitsin linimenti, levomikol va levosin ishlatiladi. Eng yaxshi biologik qoplovchi va nekrotik to'qimlarni joyidan ko'chiruvchi vositalardan o'lik tug'ilgan chaqaloqtar terisi xisoblanadi. Oxirgi yillarda bu terini ishlatish bo'yicha bizning bo'limimizda ma'lum tajribaga egamiz, ammo uni topish juda ham qiyin bo'lmoqda. Xo'l nekroz to'qimalarni joyidan tezroq ko'chishida yaxshi effekt beradigan to'qimali uglerod sorbitlari xisoblanadi (Aut-M). Bu material bakteriostatik, bakterotsid va adsorbsiya qilish xususiyatiga ega.

Oxirgi yillarda shu maqsadda biz kuygan yaralarni maxalliy davolashda ozonoterapiya usulini kirgizganmiz. Maxsus ozonlashtirilgan suyuqlik bilan yarani applikatsiya qilinganda nekrotik to'qimalarning tezroq joyidan ko'chishiga erishmoqdamiz. Kuygan bemorlarni davolashda yaxshi natija beruvchi va an'anaviy davolash usullarining effektivligini oshiruvchi bir qancha fizik usullar amaliyotga kiritilmoqda. Ana shu usullarga past intensivlikdagi lazer nurlari (NILI), magnito-lazer terapiyasi MLT, infraqizil termoterapiya (IKKT) qonni ultrafiolet nuri bilan (UFO) ishlash, ultratovushli ingalatsiya terapiyasi (UZIT) xar xil vibromassajlar kuygan bemorlar yotadigan palatalarini aeronizatsiya qilish, ayniqsa xavoni ozonlashtirish muxim xisoblanadi. Yuqorida keltirilgan usullarning ko'pchiligi maxsus kuyish markazlarida ishlatilmoqda.

Shunday qilib, xozirgi vaqtda kuygan bemorlarga zudlik bilan vrachlik yordami ko'rsatish yuqori effekt beradigan yangi fizik usullar bilan to'ldirildiki, kuyish kasalligidan keyin rivojlanadigan xar xil asoratlar (pnevmoniya, xar xil infeksiyon asoratlar) o'z vaqtida profilaktika qilinib yaraning bitishini yaxshilamoqda.

## Sovuq urish

Past daraja ta'siri natijasida mahalliy (muzlash) va umumiy (sovuq urishlar) yuzaga chiqadi. Umumiy muzlashning tasnifi:

I. Uning chuqurligi bo'yicha

1) darajasida - yumshoq to'qimalarda qon aylanishining buzilishi bo'lib reaktiv yallig'lanish paydo bo'ladi.

2) darajasida - Terining epiteliy va o'suvchi qavatigacha jarohatlanadi.

3) darajasida - Terining hamma qavatlarini va qisman teri tagi to'qimalari jaroxatlanadi.

4) darajasida - Terida nekroz va chuqurda joylashgan to'qimalarda ham kuzatiladi.

**Patogenezi va klinik manzarasi.** To'qimalarning jaroxatlanishida sovuqning tasiri bo'lib qolmay, asosan qon aylanishining buzilishidir: tomirlar spazmi, reaktiv yallig'lanish davrida kapillyarlar, mayda arteriyalarda parez rivojlanib qon aylanishi susayadi, qondagi shaklli elementlar staz holatiga keladi va tromb hosil qilishi kuchayadi. Keyinchalik bu holatga tomirlar devoridagi morfologik o'zgarishlar qo'shiladi, endoteliyda shish, nekroz paydo bo'lib qo'shuvchi to'qimalarda o'zgarishlar paydo bo'lib, tomirlarning obliteratsiyasiga olib keladi. To'qimalardagi nekrozning paydo bo'lishi ikkilamchi bo'lib sovuq urushning reaktiv fazasida paydo bo'ladi. Tomirlarda yuzaga chiqadigan o'zgarishlar sovuq urushdan keyin obliteratsiyalanuvchi kasalliklarga olib keladi. Sovuq urushlar 92-95% larda qo'l va oyoqlarda uchraydi.

### **Sovuq urushlarda ikkita:**

1. Reaktiv holatgacha(yopiq).

2. Reaktiv ikkinchi davr yuzaga chiqadi.

1. Reaktiv holatgacha bo'lgan davrda yoki gipotermiya davri bir necha soatdan bir necha sutkaga davom etishi mumkin, ya'ni ularni isitish davrigacha.

2. Reaktiv davri jarohatlangan a'zolar va to'qimalarni isitgandan keyin, qon aylanish tiklanguncha bo'lgan davr. Bu davr erta va kechki reaktiv davrlarga bo'linadi. Erta reaktiv davri isitguncha bo'lgan 12 soatgacha davom etadi. Bu davrda mikrosirkulyatsiya,

tomirlar devorida o'zgarishlar, giperkogulyatsiya va tromblar hosil bo'lishi yuzaga chiqadi. Kech davrida-nekrotik o'zgarishlar paydo bo'lib har xil yiringli yallig'lanish asoratlari yuzaga chiqadi. Bu davrga hos intoksikatsiya, anemiya, gipoplotemiya rivojlanadi.

**Sovuq urushlarning chuqurligiga qarab:** I, II yuzaki darajalari, III va IV darajalarini chuqur sovuq urushlar guruxiga kirgiziladi.

**Sovuq urushning I darajasida** asosan qon aylanishining buzilishi bo'lib, ammo nekrotik o'zgarishlari yo'q. To'liq sog'ayish 5-7 kunga borib sodir bo'ladi.

**Ikkinchi darajali sovuq urushda** terining yuzaki qavatlarida bo'lib uning o'suvchi qavatida o'zgarish bo'lmaydi. Teridagi o'zgarishlar bilan 1-2 haftadn keyin tiklanadi.

**Uchinchi daraja sovuq urushda** terining hamma qavatlarida nekroz holati kuzatiladi va terining regeneratsiya bo'lishi mumkin emas. Nekrotik strup joyidan ko'chgandan keyin granulyatsiyalangan yara paydo bo'ladi va chandiqlik hosil bo'lib bitishi mumkin. Bunday yaralarni teri ko'chirib o'tkazish yo'li bilan davolash ham kerak bo'ladi.

**To'rtinchi daraja sovuq urushda** nafaqat teri hatto chuqurda joylashgan to'qimalarda nekroz paydo bo'lib, quruq va ho'l gangrena rivojlanadi. Bemorlarni tekshirishda ularning shikoyatlarini, kasallik anamnezini, sharoitini, va qanday sovuqlikning ta'siri bo'lganligini aniqlash kerak (havo harorati, namligi, shamol, jaroxatlanganlarning sovuqda qolgan muddati) va birinchi yordam ko'rsatish hajmini aniqlash lozim.

Reaktiv davrgacha bo'lgan etapdan sovuq urgan joylarda paresteziya aniqlanadi va keyinchalik o'sha sohada uyishish sezgisi yuzaga chiqadi. Og'riq doimiy bo'lmaydi. Teri o'sha sohada oq'ish rangda paypaslab ko'rilganda sovuq, sezuvchanlik pasayadi, ayrim holatlarda to'liq yo'qoladi, ana shu davrda sovuq urush darajasini aniqlashning iloji yo'q. Sovuq urushni tarqalishi darajasini aniqlash ularni hamma belgilari rivojlangandan keyin bir necha kun o'tib mumkin bo'ladi.

**I - darajasida** bemorlar kuydiruvchi og'riqqa va ularni isitganda yanada og'riq kuchayishga shikoyat qiladi. Terining oqargan joyi asta sekin giperemiya holatiga o'tadi, hamma sezgi va harakatlar saqlanadi.



**45-Rasm. Sovuq urish I-II darajasi.**

**2-darajasida** terida qichish paydo bo'ladi, to'qimalarda taranglashish bir necha kun davom etadi. Sovuq urgan sohada pufakchalar ikkinchi kundan boshlab paydo bo'la boshlaydi, ular ichida tiniq suyuqlik bo'ladi. Pufakchalarga tekkizilganda og'riq sezadi.

**3- darajasida** og'riq uzoq davom etadi va sovuq haroratning uzoq vaqt davomida tasir qilganligi aniqlanadi. Teri ko'kimtir qizg'ish rangda bo'lib paypaslab ko'rilganda sovuqlik aniqlanadi. Terining jaroxatlangan qismida shish sezish yo'qoladi, keyinchalik terida quruq yoki ho'l nekroz paydo bo'ladi, to'qima joyidan ko'chganidan keyin granulyatsiyalangan yara paydo bo'ladi.

**4-darajasida** zararlangan terisi ko'kargan, oqargan hamma sezgilari yo'qolgan, sovuq olgan sohalarida harorat juda pastligi aniqlanadi. 1-2 kun ichida shish ko'paya boshlaydi. Birinchi kunlari 3 yoki 4 daraja jarohatlarini ajratib bo'lmaydi. Taxminan bir hafta o'tgach shish kamaya boshlaydi va nekroz bo'lgan to'qimada demarkatsiya chizig'i paydo bo'la boshlaydi.

Agar uzoq vaqt  $0^{\circ}\text{C}$  dan  $+10^{\circ}\text{C}$  gacha ta'sir qilganda alohida sovuq urish kasalligi "handaq panjasi" paydo bo'ladi. Panjada og'ir kuyish taxtasimon qattiqlashish sezgisi rivojlanadi. Hama sezgilari yo'qoladi panja oqargan paypaslaganda sovuq. Keyinchalik pufakchalar paydo bo'lib ichidagi suyuqlik yiringlaydi va septik holat boshlanadi. Odam tanasining sovuq urushida 45% qo'l va oyoqlarida uchraydi. Bunday paytlarda  $+18-20^{\circ}\text{C}$  dagi iliq suvga solinadi 20-30 min dan keyin suvning haroratini  $39-40^{\circ}\text{C}$  ga oshiradi. Shundan keyin yengil uqalash 70% spirt bilan artilib aseptik bog'lam qo'yiladi.



**Bu kasallikni konservativ va operativ davolash mumkin.**

- Konservativ davolash - asosan infuzion usul bilan: dekstran, mannitol, qon o'zini bosuvchi suyuqliklar spazmolitiklar trombozning profilaktikasi va dezintoksikatsion davolash o'tkaziladi. Antibiotikoterapiya, immunoterapiya albatta o'ta muhim hisoblanadi. Xirurgik davolash 3-4 darajalarida qo'llaniladi. Nekrozga uchragan teri qoplamasi nekrektomiya qilinadi. Agar nekrozga uchragan teri hajmi katta bo'lsa nekrektomiya qilib teri ko'chirib o'tkaziladi. Bordini 4 darajasida konservativ va nekrotomiyalar yaxshi natija bermasa amputatsiya qilish ham mumkin.

### **Umumiy organizmning sovuq qotishi.**

Bu og'ir organizm patologik holati bo'lib  $34^{\circ}\text{C}$  dan past to'g'ri ichakdagi holat  $35^{\circ}\text{C}$  da past bo'lsa yuzaga chiqadi. Bunday holat asosida qon aylanishi buzilishi modda almashinuvlar to'qimalarda gipoksiya paydo bo'lishi bilan sodir bo'ladi.

Umumiy sovuq qotish 3ta shaklga ega.

1. Yengil shaklida tana harorati  $35-34^{\circ}\text{C}$  gacha tushadi.
2. O'rtacha shaklida tana harorati tana  $34-29^{\circ}\text{C}$  gacha pasayadi
3. Og'ir shaklida  $29^{\circ}\text{C}$  dan past bo'lib  $25-22^{\circ}\text{C}$  gacha tushsa o'lim kuzatilishi mumkin.

Yengil adinamik shaklida charchash, holsizlik, uyquchanlik paydo bo'ladi. Nutqi o'zgarmaydi, qaltirash holatida pulsi 60-66 marta, AQB biroz ko'tariladi 140/100 mm.sim.ust bo'ladi.

Terisi oqargan ko'kimtir rangda, "go'z terisi" dog'lari paydo bo'ladi. To'g'ri ichakdagi issiqlik  $35-33^{\circ}\text{C}$  ga pasayadi.



**46-Rasm. Sovuq urish III-IV darajasi.**

O'rtacha og'irlik stupor shaklda hushi ancha o'zgargan, atrof muhitga befarqlik bo'gimlarda harakat og'riqli nafas olishi 8-12 marta

1 daqiqada, bradikardiya 34-56 marta, kuchsiz, AQB pasayadi. Terisi oqargan ko'kimtir rangda, paypaslanganda sovuqlik aniqlanadi.

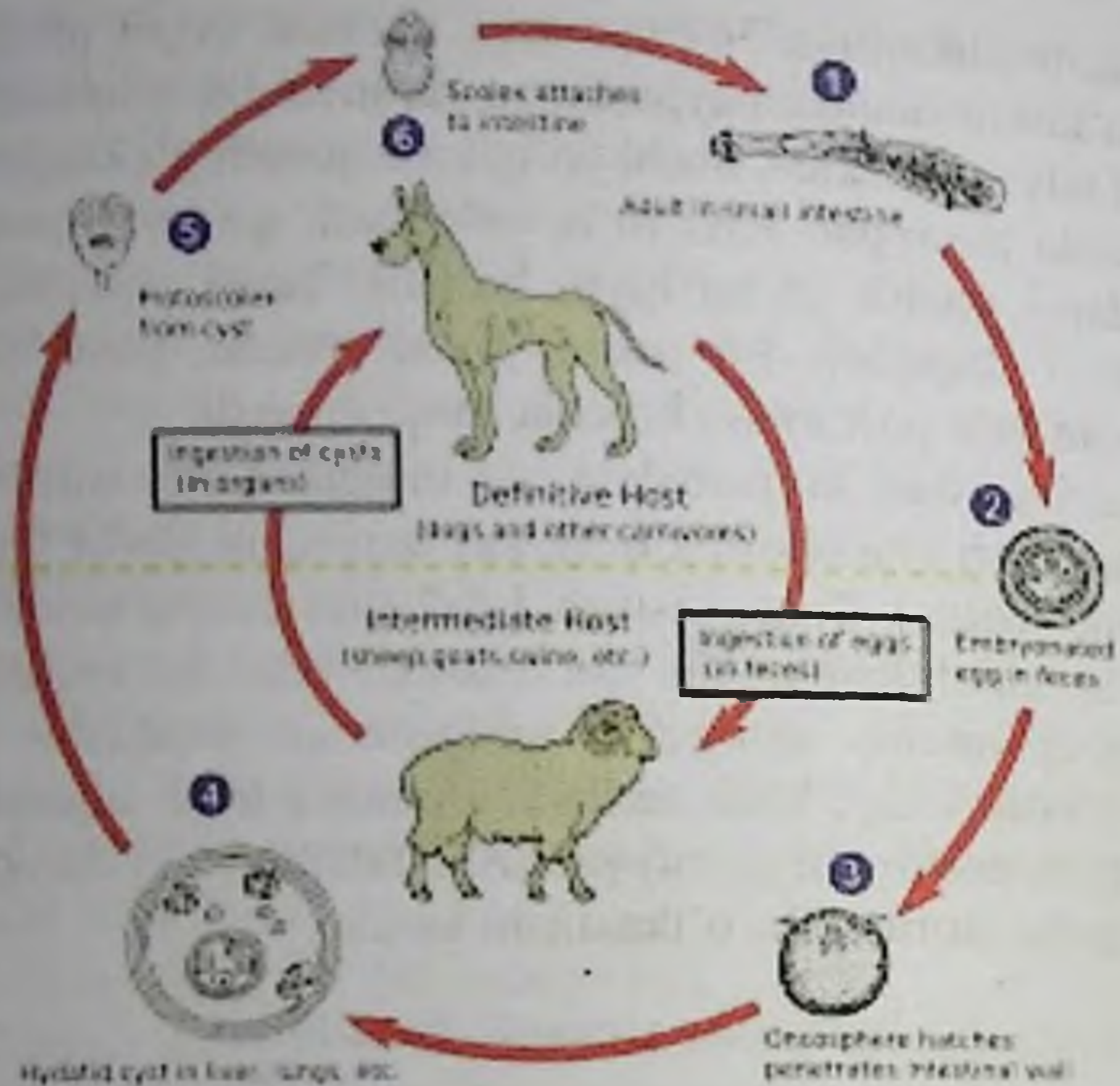
Og'ir talvasa shaklda, hushi yo'q, ko'z qorachig'i kengaygan, nurga ta'sir shaklda pasaygan yoki to'la yo'qoladi, qo'l va oyoqlarda tonik titroqlar ularni yozish ancha qiyin bo'ladi. Terisi oqargan, ko'kargan nafas olishi 1 daqiqada 4-6 marta, siyrak yuzaki, pulsi 30-34 marta, arterial bosim juda past ayrim holatda aniqlanmaydi.

Birinchi yordam ko'rsatishda eng muhimi tezda isitish, 36°C dagi vannaga tushurish asta sekinlik bilan suv haroratini 38-40°C ga chiqarish (15-20 minut ichida). Tanani isitish 1,5-2 soat davom ettirilib haroratni 35c gacha ko'tarish kerak. Ana shu muollaja bilan bir vaqtda yurak qon tomirlari preparatlari, analgetik, antigistamin moddalar yuboriladi. Bemorlarga issiq choy, kofe beriladi. Bemorni isitib olgandan keyingi asorat (bronxit, pnevmoniya, miyya shishi, falajlik, nevrillar, parez, o'pka shishi) ga qashi profilaktika o'tkazilishi kerak.

### **Parazitar xirurgik kasalliklar**

Odam organizmida xozirgi kunlarda 150 ga yaqin xar - xil gelmentlar va ularning tuxumlari sifatida uchramoqda.

**Exinakokkozlar** -hayvonlar va odam organizmida uchraydigan lentali gelmentlar exinakokk (*echinokkcuez granulosis*) deb ataladi. Bu parazitlar bir qismi hayvonlar, quyonlar, echki, cho'chqalar organizimida parazitlik qilib pufakchalar shaklda uchraydi. Itlar, bo'rilar, tulkilar, parazitlar bilan kasallangan hayvonlar go'shtini yeb o'zlarini va odamlarni yuqtirish manbayiga aylanadilar. Odam exinakokkozning oraliq xo'jayini bo'lib hisoblanadi. Odamlarda exinakokkning asosiy manbayi bo'lib itlar hisoblanadilar. Itlarga yuqishi tabiiy holda bo'lgan exinakokk pufaklari bilan zararlangan hayvon go'shtlarini iste'mol qilish orqali yuqadi. Veterinariya nazorati bo'lmagan holatlarda kasallangan hayvon go'shtlarini har xil joylarga (ariq, qo'zilgan chuqurlar, handaklarga) tashlab ketadilar natijada qarovsiz daydi itlar yeydilar. Bunday faktlarninig aholining kasalanish darajasini va qishloq xo'jalik mollarini exinakokkozlar bilan zararlanishini aniqlab beradi.



47-Rasm: Jigar exinokokkozini yuqish yo'llari

Nazoratsiz daydi itlarning ko'payishi, har xil uy hayvonlarni, itlarni (hovli itlar) degelmintizatsiya qilish tartibi buzilgan aholini zararlanish xavfi oshmoqda.

Ulug' parazitolog olim Skryabin tabiricha, "Vrachlar odamlarni, veterinarlarni butun jamiyatni davolaydi" degan fikri bugungi kun talabiga aylandi.

O'zbekiston Respublikasini exinokokkozlar uchun epidemik zonalarga aylandi zararlanish darjasi o'rtacha har 1000 aholidan 6 ta kishida o'rtacha exinokokkoz kasalligi uchramoqda. Respublikada bir yilga qilinadigan operatsiyalar soni 1-1.5 millionga yetgan edi. Shulardan asoratlangan shakllari 25-45% bo'lib, o'lim 2.5-7.0% tashkil qilar edi.

Respublikada veterinariya nazorati alohida nazoratga olingandan keyin ancha holat yaxshi tomonga o'zgardi.

Exinokokk gelmenti odam ichaklariga tushgandan keyin o'zining tashqi qobig'idan ajraladi, qon yoki limfa oqimlari bilan xoxlagan a'zolarga o'tirib qoladilar. Darvoza venasi orqali jigarga boradi va 60-70% parazitlar jigarda to'xtab rivojlanadi, qolgan 10-15% ularning tuxumlari kichik qon aylanish tizimiga tushib o'pka kapillarlarida to'xtab

qoladi. Shunday qilib bu parazit 70% jigarda, 15% o'pkada va qolgan a'zolarida rivojlanadi.

Exinakokk tuxumining to'xtagan azolariga o'zining so'rg'ichlaridan ajralib yangi shaklga ya'ni gid rativ yoki pufakcha hosil qilish shakllariga o'tadi. Exinakokk pufakchali kista shakldagi bo'shliqqa ega bo'lib uning xitin pardasi suyuqlik bilan to'lgan bo'ladi. Pufak juda sekin o'sadi, bir oyda taxminan 1 mm diametriga kattalashadi. Exinakokk xitini juda katta qalinligi 15-20 sm gacha o'sishi mumkin. Kista o'sish jarayonida atrof to'qimalarini, masalan jigar, o'pka to'qimalarini bosishi mumkin. Ana shu bosim natijasida atrof to'qimalarda aseptik yalig'lanish bo'lib fibroz kapsula hosil qiladi. Kistaning ichki yuzasida xitin yani tuxum qobigi bo'lib, undan yangi har xil kattalikdagi (qiz) pufakchalar va sporalar paydo bo'ladi. Ana shu qiz hujayralardan – yangi avlodlari (nabira pufakchalari) hosil bo'ladi. Ana shunday ko'p miqdorda pufakchalar va alohida bo'lgan sporalar juda ham yuqtirishi xususiyati bilan xavfli hisoblanadi.

Bemorlarni o'z vaqtida operatsiya qilmasa katta kistalar yorilib odam organizimdagida atrof a'zolar va to'qimalarga tarqaladi. Ayrim holatlarda exinakokk kistalari yiriklashib, odam organizmida sepsis holatini keltirib chiqaradi.

**Kilnik manzarasi** - bu kasallikning alohida simptomlari yo'q, exinakokk to'qimalarda uzoq yillar 30 - 40 yil o'sishi mumkin.

**Exinakokk kasalligining kilnik manzarasi asosan 3 ta bosqichda bo'lishi mumkin.**

1. **Yuqtirgan vaqtdan birinchi belgilarining yuzaga chiqishigacha bo'lgan davr.** Bu davr har xil muddatga ega, ayrim holatlarda bir necha o'n yillarga cho'ziladi. Bemor ahvoli bu davrda deyarli o'zgarmaydi.

2. **Ikkinchi davrida har xil simptomlar paydo bo'lib, asosan kistaning kattalashishi bilan atrof to'qima va a'zolariga tarqalishi bilan bo'g'liq bo'ladi.** Bemorlar o'tmas og'riqlarga, charchashga, davriy ravishda allergik reaksiyalar paydo bo'lishiga – terida toshma hosil bo'lishi, qusish, ich ketishi kuzatiladi. Ayrim bemorlarda qorinning yuqori qismida shishsimon hosila paypaslanadi va jigarning kattalashishi paydo bo'ladi.

3. **Uchinchi davrda exinakokkning harxil asoratli belgilari paydo bo'ladi.** Yuzaki joylashgan kistalarning yorilishi va ularning qo'shni a'zolariga (oshqozonga, ichaklarga, bronxlarga, o't xaltasiga, jigar

ichi o't yo'lariga) va qorin bo'shlig'iga yorilishi mumkin. Ko'pchilik holatlarda exinakokk kistasining yiringlashi paydo bo'lib, organizimda septik holat rivojlanishi mumkin.

**Diagnostikasi:** Jigar exinakokkozida katta ahamiyatga ega – rentgenologik tekshirish. Rentgen orqali kistaning holatini, devorining konturlarini uning ohaklanish belgilarini aniqlash mumkin. Bundan tashqari exinakokk kistasining bilvosita belgilari: diafragmaning yuqori turishi, oshqozonning ingichka ichak sirtmoqlarining siljishini aniqlash mumkin. Selektiv angiografiya qilinganda jigar tomirlarining yoysimon qismlari kutikulyar pardasi va qismlarining fibroz kapsulasida kontrast moddaning to'planib qolishi aniqlanadi. Radioizotop skanerlash bilan jigarda yoysimon to'liqlik defektini aniqlash mumkin. Laparaskopiya qilinib jigarda joylashgan (simentlari asosida) kista aniqlanadi.

Avvaldan ishlatilib kelgan biologik testlardan: teri ichi Kazoni sinamasi (exinakokk kistasining steril suyuqligi bilan) o'z ahamiyatini yo'qotmagan. Undan tashqari latex agglutinatsiyasi (sun'iy polesterol smola – bu antigenlar adsorbenti), hamda bilvosita gemo agglutinatsiya reaksiyalari ham muhim diagnostik usullardan hisoblanadilar. Oxirgi ikki tekshirish usullari xavfsiz bo'lib, Kazoni sinamasi – og'ir anafilaktik reaksiya berishi mumkin.

Qon tahlilida eozinofilioz (4% holatlarda uchraydi) ning sodir bo'lishini ham e'tiborga olish kerak, ammo boshqa kasalliklarda ham eozinofilioz bo'lishi mumkin.

Diagnoz qo'yishda Anfilogof sinamasining ham ahamiyati bor: Kistani palpatsiya qilgandan keyin eozinofillar soni ko'tarilishi (agar parazitlar o'lgan bo'lsa bu sinama manfiy bo'ladi).

**Davolash:** Exinakokkozlarni doim xirurgik davolash zarur. Operatsiyani iloji boricha erta qilinishi kerak, chunki og'ir asoratlar berilishini hisobga olish darkor.

Operativ davolashda exinakokk kistasining operatsiyalari: to'liq olinish (ideal exinakokkektomiya), yopiq, ochiq va loperaskopiya yo'li bilan qilinadi. Ayrim holatlarda exinakokk kistasini ochmasdan ideal ravishda juda kam holatda bajariladi.

Ko'pchilik holatlarda operatsiya paytida troakar yoki yo'g'on ignalar bilan exinakokk kistasi punksiya qilinib, elektr so'rg'ichi bilan bo'shliqdagi suyuqlik so'rib olinadi. Undan oldin suyuqlik tarqalmasligi uchun hamma himoyalsh tadbirlari qilinadi. Fibroz kapsulasi ochiladi ichidagi suyuqlik yana so'rib olinadi, kistaning xitin

qobig'lari olinadi. Fibroz kapsulasi bo'shlig'i 2% glitsirinli-formalin suyuqligi bilan yuviladi, keyinchalik kapitanaj qilib tikiladi. Bu usulni Delbe taklif qilgan edi. Hozirgi vaqtda deyarli qo'llanilmaydi.

Agar bo'shliq hajmi katta bo'lsa bir qism charvi bo'lagi oyoqcha hosil qilgan holda bo'shliqqa xuddi tampon sifatida qo'yiladi. Bu usulni A.P. Askerxanov taklif qilgan edi. Hozirgi kunda ayrim xirurglar tomonidan ham qo'llanilib kelmoqda. Qolgan bo'shliqda o't yo'llari ochilib o't oqishi kuzatilganda uni tikish yo'li bilan bartaraf qilish zarur. Exinakokk kistasi yiringlagan bo'lsa, uni albatta drenajlash lozim.

Jigardagi exinakokk kistasini fibroz kapsulasi bilan uni ochmasdan rezeksiya qilib olish, radikal operatsiya hisoblansa ham o'zini oqlamaydi. Buning sababi operatsiyaning haddan tashqari jaroxatli, qon yo'qotish xavfi yuqoriligi va operatsiyadan keyingi o'lim baland ekanligidandir.

**Askaridoz** (askaridosiz) – ichak gelmentozi hisoblanadi. Chaqiruvchisi yumaloq gelment askaridasidir. Zararlanish manbai odam. Axlat bilan tashqariga chiqariladigan tuxumi tashqi muhitda voyaga yetadi. Ifloslangan sabzavot maxsulotlari, har xil mevalar kishilar tomonidan yaxshi yuvmasdan, gigiyena qoidalarini buzgan holda iste'mol qilganlarida oshqozon va ichak tizimiga tushadi. Askaridaning lichinkasi ichakning shiliq qavati orqali darvoza venasiga, jigarga undan keyin kichik qon aylanish tizimiga tushadi. O'pkaga lichinkalari tomirlar orqali o'tib, branxiolaga keyin bronxlarga, halqum orqali balg'am bilan oshqozonga yutiladi. Undan keyin ichaklarga o'tib jismoniy farqlashga erishadi. Askaridoz – xirurgik davolashni talab qilinadigan kasallikdir.

Bolalarda va o'smirlik yoshidagi kishilarda massiv askaridoz bilan zararlanganlarida askaridalar uyumi ichaklarda – ichak tutilishini berishi mumkin. Bu ichak tutilishi obturatsion ichak tutilishi klinikasini beradi: to'lg'oqsimon og'riq, axlat va havoning chiqmay qolishi, qorin damlashi agar kasallik ancha chuqurlashganda ichak maxsuloti bilan qusish paydo bo'ladi. Rengenografiya qilinganda ichaklarda to'xtab qolgan suyuqliklarning gorizantal sathi aniqlanadi (Kloyber kosachalari). Qorini paypaslaganda og'riqli, shishli hosila aniqlanadi.

Ayni shu xolatda konservativ davolash foyda bermasa xirurgik operatsiya yo'li bilan davolanadi. Operatsiya paytida askaridalar uyumini yengil ushlash yo'li bilan tarqatadi. Agar uni iloji bo'lmasa entratomiya qilinib askaridalar olinadi, degelmentizatsiya qilinadi. Qorin bo'shlig'iga askaridalar quyidagi asoratlar berishi mumkin.

**Appenditsit** - chuvalchangsimon o'simtuga kirib o'tkir appenditsit kilinikasini berishi mumkin. Operatsiya paytida uni aniqlash tasodifan topilma hisoblanadi.

**Jigar va o't yo'llari askaridozi** – juda kam uchraydilar. Askaridalar ichakdan o'n ikki barmoq ichak orqali umumiy o't yo'lga tushishi, undan o't pufagiga, jigar o't yo'lari orqali, jigar ichi o't yo'lariga borib – mexanik sariqlik chaqirishi mumkin. Undan keyin uning asoratlari- xolangit, o'tkir xolesistit, jigar absessi yuzaga chiqadi.

**O't yo'llari askaridozi bo'lganda** - mexanik sariqlik klinikasi rivojlanadi, xolangit va yuqorida keltirilgan asoratlari paydo bo'ladi.

Retrograt xolangiografiya, UTT, KT yordamida aniq diagnoz qo'yish mumkin.

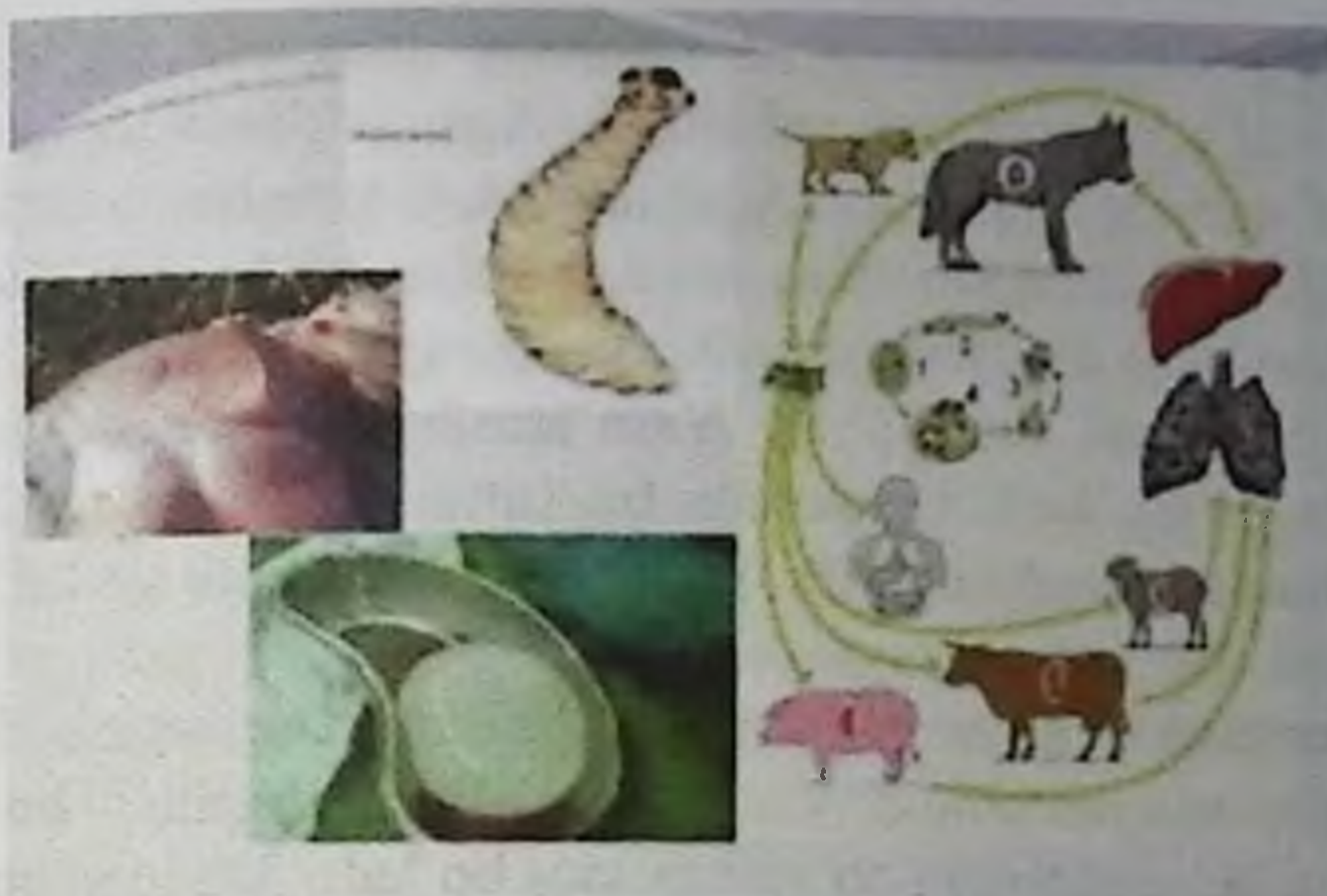
**Askaridalar bilan perforatsiya** - asosan oshqozon ichak tizimidagi (qizilo'ngachda, oshqozonda, ichaklarda) bo'lib ularning devorida patalogik o'zgarishlar (yara, shilliq parda nekrozi) paydo bo'ladi. Perforatsiya bo'lganda yiringli peritonitning kilinik belgilari rivojlanadi.

Askaridozlarning og'ir xirurgik asoratlari bo'lgan holda, rejali bo'ladigan xirurgik operatsiyalardan oldin bemorlarning axlatini gelmentlar tuxumining borligiga tekshirish lozim.

**Opistorhos (opisthorchosis)** - gelmintozlar gepatobiliar tizimidagi va oshqozon osti bezi gelmentozi. Bu kasallik G'arbiy Sibirda, Qozog'istonda, Volga bo'yi, Dnepr, Don atrofidagi mamlakatlarda uchraydi. Opistorhosning chaqiruvchisi Sibir mushuk ikki so'rg'ichlisidir. Asosiy xo'jayini – odam, mushuklar, itlar, tulkilardir. Oraliq xo'jayini – malyuskalar: qo'shimcha xo'jayini – karb baliqlari hisoblanadi. Suvga tushgan axlat bilan gelmentlar tuxumini maluskalar yutib ular ichida lichinkalar hosil bo'ladi. Lichinkalar baliqlarga o'tadi va baliq mahsulotlarini to'liq qaynatmay iste'mol qilinsa odamlarga o'tadi.

Odam jigarida gelmentlar distrofik va nekrobiologik o'zgarishlarni chaqiradi. Eng og'ir va muhim xirurgik asoratlardan teri, yiringli xolangit va jigar absessini paydo qiladi. Jigardagi absess va o't yo'llari yorilib qorin va plevra bo'shlig'iga tushishi mumkin. Natijada peritonit va plevra empiemasi kelib chiqadi. Surunkali opistorhoslar ko'pincha jigar rakiga olib kelishi aniqlangan. Oshqozon osti bezi opistorhosi bilan zararlanganda o'tkir pankreatit rivojlanadi va uning surunkali o'tgan shaklida oshqozon osti bezi raki paydo bo'ladi.

Asoratlari aloxida kilinik belgilarga ega emas. Diagnoz qo'yishda duodenal shirasidagi gelmentlarning tuxumini aniqlash ahamiyati katta.



48-Rasm. Opistarxozning yuqish yo'llari

**Davolash:** Bunday kasallarni operatsiyadan oldin va undan keyin degelmentizatsiya qilish kerak.

Antigelmentik sifatida xlorksil (gegsa xlorparaksikol) ma'lum sxema bo'yicha ishlatiladi.

**Amyobiaz (Amoebiasis)** - Bu kasallikni (Entomoc va histolitica) chaqiradi, asosan yo'g'on ichakda jaroxatlanishi ya'ni yara paydo bo'lib va gematogen disseminatsiya bo'lganda ichki a'zolar (jigar, o'pka, miya) ham zararlanib absesslar paydo bo'lishi mumkin. Bu kasallik O'rta Osiyo va Kavkaz orti mamlakatlarida uchraydi. Infeksiyaning manbayi odam bo'lib, axlati bilan amyobaning sistalarini chiqaradi. Ifloslangan sabzavot, ko'katlar suv orqali oshqozon ichak tizmiga tushgan sistalar tamonidan kasallik chaqiriladi.

Amyoba yo'g'on ichakning shilliq pardasi ostida joylashib uning atrofida yalig'lanish, to'qimalar nekrozi va yara hosil bo'ladi. Ichaklardagi qon tomirlari orqali qonga o'tib butun ichki a'zolarga (jigar, o'pka, miya) tarqaladi va absesslar chaqiradi. Ayrim holatlarda ichakdagi yaralar perforatsiya bo'lib yiringli peritonit berishi mumkin.

Ichak amyobiazi bakterial dizenteriyaning klinik belgilarini beradi. Ularning umumiy belgilari (sariqlik, holsizlik, umumiy o'zini yaxshi sezmaslik) tez-tez hojatga borish, ichakning shilliq moddasi qon aralash va malinaviy rangli axlatning bo'lishidir. Diagnostika qo'yishda maxsus serologik reaksiya bilan axlatda amyobaning topilishidir.

**Asoratlari: Ichakning gangrenasi** - yiringli peritonitga olib keladi va bakterial toksik shok (sepsis) berishi mumkin. Ammo peritonit belgilari



yaxshi yuzaga chiqmaydi. Ana shunday diagnozi og'ir sharoitda laparostomiyaga ko'rsatma hisoblanadi. Agar peritonit belgilar topilsa zudlik bilan operatsiya qilinadi. Agar ichakdagi gangrena aniqlansa – uni rezeksiya qilinadi. Ichakda aniq nekroz holati bo'lsa uni tikish xavfli bo'lib, kolostoma shakllantirish kerak. Amyobali kolitlar ko'pincha amyobali granuloma hosil qiladi. Yara atrofida peritoneal yallig'lanish infiltrati paydo bo'ladi. Ko'pincha bu surunkali yallig'lanish bo'lib – nekroz o'choqlari paydo bo'ladi. Bu kasallik ko'richak va ko'taruluvchi yo'g'on ichak qismida uchraydi.

**Diagnostikasida-** amyobiazning, klinik manzarasiga e'tibor berish va kolonaskopiya qilinishidir. Axlatda amyobaning topilishi bu to'g'ridan to'g'ri amyobiaz diagnozini qo'yishga asos bo'ladi. Amyoba granulomasi – obturatsiyon ichak tutilishi berishi mumkin.

Asoratlanmagan amyoba granulomasi konservativ davolanadi. Agar bu davo yaxshi effekt bermasa va asoratlarni kuzatilganda operativ davolash kerak.

Appenditsitda – agar amyoba sababli bo'lsa, uning shilliq pardasiga yara paydo bo'lib, ikkilamchi infeksiya rivojlanadi. Agar yo'g'on ichakda katta yaralar bo'lganda ichakdan oqish kuzatiladi. Konservativ davolash yordam bermasa operativ davolash zarur.

**Jigar absessi** – bu har holatda ko'p uchraydigan asoratlarga kiradi va 2-10 % holatlarda uchraydi. Bu absessning alohida xususiyatlari shundan iboratki – absess patogen kapsulasi bo'lmaydi va uning ichidagi maxsuloti erib ketgan nekrozga uchragan to'qimalar, suyuq yiring kofe rangli, hidsiz bo'ladi. Agar ikkilamchi infeksiya tushganda yiring o'ta qo'lansa hidli ko'kimtir rangda bo'ladi. Absess jigarning o'ng bo'lmasida 80-90% uchraydi. Bunday bemorlarning axvoli o'ta og'ir intoksikatsiya, jigar yetishmovchiligi belgilari va ichaklarda amyobiaz belgilarining qaytarilishi bilan yuzaga chiqadi. Bemorlar o'ng qovurg'a osti og'riqqa, o'ng kurakga berilshiga shikoyat qiladi. Paypaslanganda jigarni kattalashishi, og'riq borligi aniqlanadi. Jigar amyobiaz absessi tashxis qo'yishda maxsus tekshirish usullari: Rentgenalogik tekshirishlar, UTT, kompyutor tomografiya yordam beradi.

**Diagnozni yanada aniqlashda** UTT orqali diagnostik punksiya qilinadi. Punksiya qilganda yiringni topish diagnozni aniqlaydi. Jigar amyoba absesslari, plevra, qorin bo'shlig'iga hatto o't yo'llariga, qorin parda orqa bo'shlig'iga yorilishi mumkin. Jigarning bu absessini konservativ yani antiamyoba, antibakterial, dezentoksikasion davolash

o'tkaziladi. Bu davolash effekt bermasa va yorilish xavfi yuksak bo'lganda yoki yorilish kuzatilganda xirurgik davolash zarur.

**O'pka abssessi.** Amyobaning o'pkaga berilshi pnevmoniya yoki o'pka abssessining rivojlanishiga va sepsis holatiga olib keladi. Agar antibakterial konservativ davolash effekt bermasa, uni punksiya qilish va yiringni aspiratsiya qilinadi.

**Miyaning amyobali abssessi** – juda kam uchraydi. Diagnoz qo'yilishida klinik manzarasi va UTT, KT natijasiga asoslanadi. Miya abssessining rivojlanishi bilan sepsis asorati sodir bo'ladi.

Amyobiazning xirurgik asoratlarini profilaktika qilishda epidemiologik tadbirlar o'tqazish va ichak amyobiazlarini o'z vaqtida davolash kerak.

**Filyaraitoz (filariatosis)** –bu gelmentlar bilan chaqiriladi. Xirurgiyada limfa tugunlarini zararlantiradigan gelmentlar guruhiga kiradi.

Bu kasalliklar yer sharining issiq mamlakatlari bo'lgan Afrika, Janubiy Amerika va Janubiy Osiyo mamlakatlarida uchraydilar. Gelmentlar limfa tomirlarida va tugunlarida parazitlik qiladilar. Ularning lichinkalari limfa va qonda bo'ladi.

Invaziya manbayi– odamlar, maymunlar, it va mushuklar hisoblanadilar. Ularning lichinkalari chivinlar, pashshalar orqali tarqaladi. Mikrofilariylarning rivojlanishi 8-35 kunni tashkil qiladi.

**Klinikasi:** Bu gelmentlarni rivojlanishi limfa tomirlarida limfa oqimini batamom to'xtatadi, hatto ko'proq limfa yo'lida ham to'xtaydi. Limfastazning uzoq davom etishi – fil oyoqning rivojlanishiga olib keladi.



**49-Rasm: Fil oyoq giperkeratoz shakli. Sepsis.**

Kasallik varaja, bosh og'rig'i, umumiy holsizlik bilan o'tadi. Limfa tugunlari kattalashadi, qattiq konsistensiyali, limfa tomirlari ipsimon, qizil rangli, og'riqli holatga o'tadi. Limfangit oyoqlarning proksimal qismidan distal qismiga tarqaladi. Infeksiyani kirish yo'li manbai bo'lmaydi. Limfangit chov va qo'ltiq osti tugunlariga tarqalishi ham mumkin. Odam tanasida qichishi, donachalar xuddi qichitgiga o'xshash toshmalar paydo bo'ladi. Yallig'lanish holati bir necha oy va yillar davom etib, 2-7 yildan keyin yana qaytalanishi mumkin ya'ni ikkinchi bosqichi boshlanadi. Bu bosqichda limfa tomirlarining varikoz kengayishi, limfostaz, tomirlar yorilishi, limforeya (xilyoz diareya) kuzatiladi. Limfa tugunlari kattalashib flegmona, abscesslar paydo bo'lishi mumkin. Kasallikni uchinchi bosqichida – fil oyoq rivojlanadi bu ko'proq oyoqlarda, yorg'oqda, kam holatlarda qo'llarda uchraydi, sut bezida va vulvalarda uchraydi.

**Diagnozi:** Klinik manzaralariga va qondagi mikrofilariyarning topilishiga asosan qo'yiladi.

**Davolash:** Boshlang'ich davrida parazitga qarshi dietil karbamazin 0,1 grammdan 3- marta beriladi, 7-10 kun davom etishi kerak. Albatta qondan mikrofilariyarning nazorat qilish kerak. Ikkinchi bosqichida antibakterial terapiya. Abscess, plevra empiyasi, peritonit bo'lganda xirurgik davolash kerak. Bunda asosan fil oyoqda – teri, teri osti bo'shliqlari fassiyalari batamom kesib olinadi. Teridagi deffekt dermaton bilan olingan laxtaglar bilan yopiladi.

**Paragonimoz (Paragonimosis)** - Bu kasllik gelmentlar bilan chaqirilib asosan o'pka va odam miyasida bo'ladi. Paragonimoz uzoq Sharq, Xitoyda (asosan) Yaponiyada, Koreyada, Filippin, Indokitay, Afrika, Janubiy Amerika mamlakatlarida uchraydi.

**Paragominozning chaqiruvchisi – Terimatoda paragonimus westermanii** hisoblanadi. Asosiy xo'jayinlari, odam, mushuklar, cho'chqalar, itlar, tigrlar, mangustlar, qo'shimcha xo'jayinlari – krablar va chig'anoqlar. Parazitning tuxumlari balg'am yoki kam holatlarda axlat bilan suvga tushadi, 4-haftadan keyin lichinkasi tuxumdan chiqadi va malyuskalarning (oraliq xo'jayni) tanasiga tushadi va ular serkariylarga aylanadi va malyuskalar organizmidan ajralib baliqlar, krab va chig'anoqlar tanasiga o'tadi. Ana shu krablarni chig'anoqlarni yaxshi qayta ishlanmaganlik natijasida odamlar iste'mol qiladi.

Odamlarning ichaklarida metaserkarilardan hali to'la o'smagan paragonimuslar ichak devorlarini perfaratsiya qilib qorin bo'shlig'iga

tushadilar va migratsiya bo'lib diafragma orqali ko'ks oralig'i va o'pkaga tushadi. Ana shu joyda o'tirib qoladi va rivojlanadi. O'pkada zararlangan to'qimasida yallig'lanish paydo bo'ladi va 2-3 oydan keyin paragonimoz kistasi hosil bo'ladi. Bu kista ichida yiring va parazitning tuxumlari bo'ladi.

Bemorlarda eng avvalo abdominal sindromlar- enterit, o'tkir qorin, o'tkir gepatit yallig'lanishlari rivojlanish mumkin. Parazitni o'pkaga o'tishi bilan bronxo-pnevmaniya belgisi yuzaga chiqadi. O'pkada bo'ladigan intoksikatsiyada – taxikardiya, distrofik o'zgarishlar, miokarditi kuzatiladi.

O'tkir miya paragonimozida meningitning klinik belgilari paydo bo'ladi. Eng muhim simptomlaridan: qattiq bosh og'rig'i, titroq talvasa sindromi, epilepsiyaga o'xshagan talvasa sindromi, hushini yo'qotish mumkin va sepsis rivojlanadi.

**Diagnostikasi:** Qorin bo'shlig'i laparaskopiya qilinganda gemorragik, fibrinozno – yiringli suyuqlik topiladi. Shu suyuqlikni mikroskopiya qilinganda gelmentning yosh shakllari topiladi. Bunda anamnezidan endemik o'choqda bo'lish, baliq mahsulotlaridan krablar, go'shtlarini iste'mol qilishni aniqlash kerak. Balg'amning rangi qizil-qo'ng'ir rangda bo'lishi, mikroskopiya qilinganda parazitning tuxumlari topiladi. Albatta - teri ichi sinamasi maxsus antigen bilan qilinadi. O'pkani rentgenalogik tekshirishlarida uning o'rta bo'laklarida diffuz qorong'ulanish belgilari aniqlanadi.

**Davolash:** Bitinol 10 kun davomida 30-40 mg.kg tavsiya qilinadi, sutkalik dozasi 2-3 marta beriladi. Xirurgik davolashda o'pkani rezeksiya qilish yaxshi natija bermaydi. Bosh miya porogonimozida – xirurgik davolashda ko'rsatma bo'lib kistani olib tashlashdan iborat. Bu holat ruhiy va nevrologik simptomlar rivojlanganda va konservativ davolash natijasi bo'lganda qilinadi.

## IV - BOB

### KASALXONA ICHI INFEKSIYASI

**Kasalxona ichi infeksiyasi (KII)**- eng og'ir va yig'ma tushuncha bo'lib, davolash profilaktika maskanlarida yuqishi (infeksiyalarni yuqtirishi) bilan yuzaga chiqadigan har xil shakldagi infeksiyon patologik holatdir. Ko'p yillar davomida kasalxona ichi infeksiyasi asosan statsionarlar sharoitida yuqishidan paydo bo'ladigan kasalliklar tushunilar edi. Sog'liqni saqlash tizimidagi xizmatchilarni "kasalxona ichi infeksiyaning" keng masshtabda tarqalishi etiborlarini tortdilar. Bu kasalliklar safiga ular statsionar sharoitidami yoki ular statsionarlardan chiqqandan keyinmi yuqtirilganligi, qachon va qayerda ularning birinchi belgilari paydo bo'lishligi va qaerda diagnoz qo'yilganidan qat'iy nazar ular bitta shu kasalxona ichi infeksiyasi kasalliklariga kiritgan edilar. Oxirgi yillarda kasalxona ichi infeksiyasi- infeksiyon kasalliklariga nafaqat statsionarlar sharoitida bo'lmasdan xohlagan davolash-profilaktika maskanlarida- poliklinikalarda, mediko-sanitariya qismlarida, sog'liqni saqlash punktlarida, tez tibbiy yordam sharoitida yuqtirilgan infeksiyon kasalliklar kiritilmoqda. Bu kasallikning yani kasalxona ichi infeksiyasi kasalliklarining tarqalishi to'liq o'rganilmagan. Kasalxona ichi kasalligi bilan xastalangan mijozlardan tashqari qancha tibbiyot xodimlari kasallanganligini ham shu kasalliklar tarkibiga kiritilmoqda.

Tibbiyotning bu bo'limi o'ta muhim muammolardan hisoblanadi. Shu turdagi kasalliklarga bemorlarning kasalxonalarda bo'lgan vaqtida infeksiya yuqtirganliklari vaholanki ularda kasalxonadan chiqishlarida klinik belgilari bo'lmaganlar.

Kasalxona ichi infeksiyasi (KII) tushunchasiga to'la aniqlikni Butun Jahon Sog'liqni saqlash tashkilotining (JSST) 1979-yilda bergan (uning sinonimlari kasalxona, gospital, gospital ichi, nozokomial infeksiyalar) ma'lumotiga asosan - bemorlarning infeksiyon kasalliklari kasalxonalariga yoki davolanishga yordam so'rab xoxlagan davolash markazlariga murojaatlari natijasida, xuddi shunday tibbiyot xodimlarining yuqumli kasalliklar bilan shu maskanlarda ishlaganligi sababli, kasallik simptomlarining kasalxonada yoki undan keyin yuzaga chiqishidan qat'iy nazar infeksiyon kasalliklar yuqtirganlarida kasalxona ichi infeksiyasiga kiritiladi.

Bundan tashqari epidemiologlar bu termini ishlatishda aniq chegaralar qo'ydi. Kasalxona ichi infeksiyasiga (sin. nozokomial lotinchada-nozokomium-kasalxona, grekchada-nozocomeo kasalxonada bemorlarni parvarishlash) ma'lumotini beradi. Xohlagan davolash-profilaktika maskanlarida paydo bo'lgan infeksiyon kasalliklar(holatlar), agar mijozning shu maskanlarga tushguncha kasalligi bo'lmasa (inkubatsion davri bo'lganda ham) va klinik jihatdan shu maskanlarda yoki mijozlar inkubatsion davrida kasalxonadan chiqib ketgandan keyin paydo bo'lganlarida ham kasalxona ichi infeksiyasiga kiradi. Bu tushunchalarni yatrogen infeksiyalardan - ya'ni diagnostik yoki davolash maqsadida qilingan tadbirlar (uretral yoki venoz kateterlarini kirgizish) dan keyin hosil bo'ladigan infeksiyalarni farqlash zarur.

Infeksiyon kasalliklar davolash-profilaktika maskanlariga tushguncha paydo bo'lgan bo'lsa yoki kasalxonaga tushish paytida yoki undan keyin hosil bo'lsa- bu infeksiya tushirilgan deb tushunish zarur.

**Gospital infeksiyasi deb-** xohlagan infeksiyon kasallik, ular orttirilgan yoki statsionar sharoitida yuzaga chiqqan (yuqtirilgan yoki kasalxona ichi infeksiyalar yig'indisi) lar hisoblanadilar.

**Muammoning aktualligi.** Zamonaviy chet el va vatanimiz ilmiy ishlarida olishgan malumotlariga asosan kasalxona ichi infeksiyasi 5% bemorlarda uchramoqdalar. Nozokomial infeksiyalar asoratlari bilan o'lim tafsiloti 1% ni tashkil qilmoqda, yana 3-5% bemorlarda shu infeksiyalar o'lim asoratining paydo bo'lishiga yordamlashmoqda. Amerika qo'shma shtatlari gospitallarida nozokomial infeksiyalarning paydo bo'lishi bilan o'lim to'rtinchi o'rinni tashkil qilmoqda. Har yili Qo'shma Shtatlarda kasalxona infeksiyalarini 2 million mijozlar yuqtirmoqdalar. Natijada taxminan 20.000 o'lim holati bo'lib, 60.000-80.000 bemorlar bilvosita o'limga sababchi bo'lmoqdalar. Bu holat yo'l-transport vositalari jarohatlari, OITS va sut bezi raki kasalliklari bilan bo'ladigan o'limlar soniga to'g'ri keladi. Bundan tashqari kasalxona infeksiyasi bilan statsionarlarda gospitalizatsiya qilishgan muddatni 7,5 million kunga ko'paytirgan va umumiy qo'shimcha mablag'ning sarflanishi 4,5 million bir yilda dollarga oshgan. Buyuk Britaniya sog'liqni saqlash departamentining bergan (Office of Health Economics) ma'lumotiga asosan nozokomial infeksiya bilan gospitalizatsiya qilinadigan bemorlar soni bir yilga 6% ga ko'tarilgan va 5000 kishida o'lim bilan tamom bo'lgan. Ana shu ma'lumotlarni tahlil qilib ko'rilganda

agar har yili nozokomial infeksiyalar suratini 20%, 33% va 50% ga tushurilsa, har yili 16,29,50 mln. funt sterling iqtisod qilish mumkin ekan.

Italiyada kasalxona infeksiyasi bilan 6,7% gospitalizatsiya qilingan bemorlarda (600.000 odamlarda) uchrab, 4.500 to'g'ridan -to'g'ri yoki 7.000 bilvosita o'limga sababchi bo'lmoqda.

Germaniyada nozokomial infeksiya bilan 3,5% gospitalda davolangan bemorlarda uchrar ekan (o'rtacha 700.000 gospitalizatsiya qilingan odamlar), Fransiyada-7,6% (500.000 kishi), Vengriyada-10% atrofida uchrab (100.000 kishi), taxminan 1% aholisining umumiy sonidan ko'rsatilgan mamlakatlarda uchragan. Evrobirlashmalar bergan malumotiga asosan bunday kasalliklarni davolash uchun qo'shimcha 10dan 200mln. evro ketar ekan bir yilda.

Shuni aytish kerakki, erkin adabiyotlarda kasalxona ichi kasalliklari davolash profilaktika maskanlarida ishlaydigan tibbiyot xodimlarining kasallanishi aniq berilmagan.

Rossiyada bir yilda kasalxona ichi infeksiya bilan 30-50ming kishi ro'yxatdan o'tar ekan. Kasalxonada yotish muddati 6-8 kunga cho'zilib, o'lim tafsiloti 1.000 odam. Tibbiyot xodimlarining kasallanishlari 1,5ming odam bir yilda. Bu raqamlar 30 martagacha qisqartirilgan bo'lishi mumkin.

Ekspertlarning bergan malumotiga asosan Rossiya statsionarlarida taxminan 2-2,5mln odam yoki 6-8% meditsina yordamiga muhtoj bo'lganlarda uchrar ekan. Har yilgi sarf-xarajat 5mln so'mni tashkil qilmoqda.

**Nozokomial kasalliklar** hozirgi zamonaviy sharoitda bir necha omillar sababli ko'paymoqda. Ana shu omillarga quyidagilar kirmoqda:

1. Alohida ekologik jihatdan katta kasalxonalar kompleksi qurilmoqdalar. Bu komplekslarda asosan ancha kuchsizlangan mijozlar bilan doimiy ravishda tibbiyot xodimlarining yaqin munosabatda bo'lishlari, bemorlar migratsiyasi yuksak darajadali, diagnostik kabinetlar, davolash tadbirlari o'tkazilmoqda.

2. Infeksiya chaqiruvchilarning tarqalishi mexanizmi ortib borayotganligi - har xil invaziv aralashuvlar, davolash-diagnostik tadbirlarning ko'pligi, tibbiy muolajalar, tibbiy asboblarning sonining oshishi.

3. Yuqumli kasalliklarni chaqiruvchilarning tarqalishi mexanizmining ko'tarilishi: havo-tomchi, kontakt-maishiy yo'l bilan, tibbiyot xodimlarining bemorlar bilan yaqin kontaktda bo'lishi orqali yuqishi ko'paymoqda.

4. Mijozlarda infeksiya chaqiruvchilarning massiv holda uchrashi bilan statsionarlarga tushishi (infeksiyaning noaniq shakllari, infeksiya tashuvchilar) va tibbiyot xodimlari bilan yaqin kontaktda bo'lishi.

5. Antibiotiklarni keng va nazoratsiz qo'llanayotganliklari natijasida dorivor moddalarga chidamli mikroorganizmlarning ko'payishi.

6. Kasalxonalar ichida katta sonli shtammlarda mikroorganizmlarning ko'payishi, ularning deyarli ko'pgina antibiotiklarga chidamliligining oshishi. SHular jumlasiga-tillarang va epidermal stafilakokklar, ko'k-yiringli tayoqchalar, proteylar, klebsellalar, enterobakteriyalar, salmonellalar kiradi.

7. Xavfli kontingentlarning ko'tarilishi-hozirgi zamonaviy tibbiyotning muvaffaqiyatlari natijasida davolash imkoniyatiga ega bo'lmoqda. O'tgan vaqtlarda bunday bemorlarni- davolash mumkin bo'lmagan guruhlariga kiritilgan.

8. Kishilarda nomaxsus himoya kuchining pasayib ketayotganligi, qari kishilar sonining ko'tarilishi, kasalxonalarda erta yoshdagi bolalar soni oshmoqda, bir tomondan onalarda nomaxsus himoya kuchining pasayishi, ikkinchi tomondan tug'ilayotgan bolalarda immunodefitsit holatining ko'tarilishi.

9. Butun dunyo yer sharining aholisida nomaxsus himoya kuchining pasayishi- atrof muhitning ifloslanishi, ekologik krizislar, aholining yashash sharoitining o'zgarishi (gipodinamiya, stress, har xil shovqinlarning tasiri, magnit maydonlari, har xil tabiiy favquloddagi holatlar va boshqa omillar)

10. Oxirgi yillarda har xil diagnostik va davolash sohasida og'ir murakkab asbob-uskunalarining ishlatilishi va ularni sterillash muammolarining paydo bo'lishi. Asbob-uskunalarni ishlatishda shilliq pardalarni, teri qoplamasini jarohatlab infeksiyalar uchun kirish darvozasini hosil qilmoqdalar.

11. Ko'pchilik klinikalarda ishlaydigan mutaxassis xodimlarning eskicha KII ga (pnevmoniya, pielonefrit, teridagi yallig'lanish kasalliklarini, teri osti to'qimalaridagi yallig'lanish va yuqumli kasalliklar safiga kirmaydigan patologik xolat hisoblab, profilaktik va epidemiologik qarshi tadbirlar o'tkazilmayaptilar.

**Kasalxona ichi infeksiyasining patogenezi.** KII- mikroorganizmning va makroorganizmning o'zaro tasiri maxsus atrof



muhitda yuzaga chiqadi. Bu holatni chaqiruvchilar- mijoz- atrof muhit yani davolash maskanlaridir.

1. Mijozlar - ularda klinik jihatdan aniq infeksiyalar bo'lishi yoki ular infeksiya tashuvchilardir. Demak mijozlar asosiy infeksiya manbai va ular atrofiga tibbiyot xodimlariga xavf soluvchi yoki o'zlari uchun endogen infeksiyalanuvchilar hisoblanadilar.

2. Atrof muhit - ko'pincha ular uzoq saqlanishi har xil va alohida kasalxona sharoitida ham ko'payishi mumkin. Hatto parenteral quyiladigan suyuqliklarda ham (alohida grammanfiy bakteriyalar) ular epidemik infeksiyalar o'chog'i bo'lib, keng tarqalishi mumkin. Ayrim KII lari faol holdagi bemorlar ovqatlarida, har xil suyuqliklarda, hatto ayrim antiseptik va dezinfeksiyalanuvchi suyuqliklarda ham bakteriyalar rivojlanishi mumkin.

3. Tibbiy xodimlar eng xavfli infeksiya o'chog'i bo'lib, tibbiyot xodimlarning teri va teri osti to'qimalarining yiringli yallig'lanishi kasalliklarida kuzatiladi.

Ko'p xodimlar infeksiya tashuvchilar bo'lishi mumkin. Ichak infeksiyalari, gripp va ORVI, tuberkulyoz, herpes, VICH, gepatit B va boshqalar.

6-jadval

**Infeksiyalarning berilishi yo'llari va asosiy omillari:**

1. Berilish mexanizmi	2. Berilish yo'li	3. Omillari
A) Fekal-oral	Kontakt-maishiy suv, ozuqa moddalari	Qo'llar, har xil ishlatiladigan narsalar, suv, oziq moddalar
B) Aerosol (aspiratsiya)	Havo-tomchi, havo-chang	Har xil sekretlar, havo yo'llari
D) Transmissiv	Transmissiv	Chang zarralari, hasharotlar
E) Kontakt	Jinsiy maishiy kontakt	Qo'llar, har xil narsalar

Bundan tashqari endogen va ekzogen infeksiyalarga bo'linadi. 80% nozokomial infeksiyalar endogen yo'l bilan kelib chiqadi. Endogen infeksiyaning tarqalishida mikroorganizmlar kolonizatsiya bo'lib, mijozlarning statsionarlarga tushgunicha sodir bo'ladi (odamning shaxsiy va doimiy mikroflorasi) yoki mikroflora patsientlar tomonidan statsionar sharoitda orttirilishi mumkin. Infeksiya davolash, diagnostik holatlarida

rivojlanishi mumkin yoki surunkali infeksiyalardan translokatsiya ya'ni bemorlarning surunkali infeksiya o'choqlaridan tarqaladi. Birinchi holatda xirurgik operatsiyalar qilinadigan paytida teridagi yoki ichaklardagi mikroorganizmlar yaralarga tushadi. Ikkinchi guruh holatda odam organizmining bir qismidan ikkinchi qismiga bemorlar qo'lga yoki tibbiyot xodimlariga o'tadi. Bundan tashqari infeksiya chaqiruvchilar surunkali o'choqlardan (yallig'langan, mindalinalar, burun atrofi qo'ynidan, tishlar kariesi, jinsiy yo'llar) gematogen, limfogen, kontakt yo'llar bilan tarqaladi.

**Ekzogen** - yo'l bilan kasalxonada mijoz yoki bemordan tibbiyot xodimlariga infeksiya o'tadi. Bu erda mikroblarning kolonizatsiyasi bo'lmaydi, to'g'ridan-to'g'ri asbob-uskunalar, har xil diagnostik asboblardan va xodimlar qo'li orqali tarqalishidir. Bu endogen yo'l bilan tarqalishiga qaraganda kamroq uchraydi. Ayrim holatlarda endogen yoki aralash yo'llar bilan tarqalishi mumkin. Mikroorganizmlarning yuqumli kasalliklar chaqirishida, qanday og'irlikda rivojlanishiga bir necha xil omillar tasir qiladilar:

- infeksiyaning dozasi
- mikroblarning xo'jaynilari hujayralarida o'tirib qolish xususiyatiga
- ularning invaziv va ko'payish qobiliyatiga
- toksinlar ishlab chiqarishi qobiliyatiga
- hujayradagi immun tizimni pasaytirish qobiliyatiga

Bundan tashqari infeksiyaning tarqalishiga va uning klinik rivojlanish og'irligiga nafaqat kasallik chaqiruvchi mikroblarning vaholanki organizm egasining (mijoz) yoki tibbiy xodimlardagi omillari bilan bog'liq.

- yoshi
- yo'ldosh kasalliklariga
- genetik jihatdan immun statusi
- genetik jihatdan paydo bo'lgan nomaxsus himoyasi
- immunizatsiya qilinganligiga
- orttirilgan immunodefitsit holati
- ruhiy holatiga
- oziqlanish xarakteriga

Organizmida infeksiyaning paydo bo'lishida o'ta muhim immunodefitsit holati ahamiyatga ega. Bir qator kasalliklar - qandli diabet, gepatit C, VICH, OITS, surunkali alkogalizm, narkomaniya immun tizimiga negativ tasir qiladi. Mikroorganizmlarning hujum va

invaziv kuchi qancha kuchli bo'lsa, shuncha organizmning himoya kuchiga tasir qiladi. Shunday qilib, organizmning infeksiyalar bilan ifloslanishida ichki va tashqi omillar xavfiga egadirlar. Nozokomial infeksiyalarni hozirgi kunda asosan shartli patogen mikroblar chaqiradilar (80%). Ular statsionar sharoitda shartli patogen mikroblar sirkulyasiyasiga tasir qilib, sekinlik bilan hospital shtammini hosil qiladilar. Bu shtamlarning eng muhim xususiyati- ularning virulentligi ko'tarilib, davolashda qo'llaniladigan antibiotiklarga, antiseptiklarga, dezinfektantlarga maxsus qarshiligi kuchayadi.

Bir qator Amerikalik izlanuvchilarning malumotiga asosan, 50% nozokomial infeksiyalar har xil antimikrob preparatlariga qarshi kuchi oshganlar. Masalan - psevdomonaslar, klebsiellalar, xo'l muhitda rivojlanish xususiyatiga egadirlar. Ingalyatorlar, suyuq davolash preparatlari, qo'l yuvish kranlarida, rakovinalarda, hatto xo'l yig'ishtirish lattalarida aniqlanganlar.

Taxminan hozirgi kunda 90% holatlarda bakteriyalar KII ni chaqiradilar. Viruslar, zamburug'lar, ekzoparazitlar kam holda uchraydilar. Grammusbat bakteriyalar ichida chaqiruvchilar bo'lib tillarang stafilakokk (*S. aureus*) hisoblanadi. Bunday infeksiyalarni davolash ancha qiyin, chunki ular penitsillinga, metitsiklinga (oksatsillin, MRS) chidamlidir. Amerikada 20% nozokomial infeksiyalar yani tillarang stafilakokklar metitsillinga rezistent hisoblanadilar. Xirurgiya bo'limlarida MRSning ulushi ancha yuqori hisoblanadi (80%). Grammanfiy aerob bakteriyalarning KII chaqirishda ahamiyati eng balanddir. Ancha klinik ahamiyatga enterobakteriyalar, yiring chaqiruvchilar bo'lib ular antibiotiklarga ancha chidamli hisoblanadilar.

**Kasalxona ichi infeksiyasining (KII) tuzilishi.** KII ni ananaviy chaqiruvchilariga (meningokokklar, virusli gepatitlar. ORVI, enteroviruslar) va shartli - patogen mikrofloralar chaqirishlari mumkin. Bizning milliy adabiyotlarimizda KII ni chaqiruvchi shartli - patogen mikrofloralarni "yiringli-septik infeksiyalar" deyiladi. A.A. Shalimov bo'yicha yiringli-septik infeksiyalar quyidagicha tuzulishlarga ega.

1. Xirurgik operatsiyalar o'tkaziladigan joylardagi infeksiyalar
2. Qoqsholdagi infeksiyalar
3. Nozokomial pnevmoniya
4. Nozokomial- siydik chiqarish yo'li infeksiyasi
5. Oshqozon-ichak tizimidagi infeksiya
6. Qorin bo'shlig'i ichi infeksiyasi

7. Pastki nafas yo'llarining infeksiyasi (pnevmoniyadan tashqari)
8. Yumshoq to'qimalar infeksiyasi

Yiringli-septik infeksiyalarning asosiy qismini (80%) asosan "katta to'rtlik" - xirurgik operatsiyalar maydonidagi infeksiyalar, siydik chiqaruv yo'llari, nozokomial pnevmoniyalar va qon oqimidagi infeksiyalar. Ma'lum bo'ldiki, eng ko'p o'lim nozokomial pnevmoniyalardan keyin 50% gacha qon oqimidagi infeksiyalar sababli 10-20% ni tashkil qiladi.

1. Siydik chiqaruv yo'llari infeksiyasidan keyin-34%
2. Xirurgik maydondagi infeksiyadan- 17%
3. Nozokomial pnevmoniyadan- 22%
4. Qon aylanishdagidan-14%
5. Boshqa sabablardan-13%

KII asosan har xil urushlarning ko'payishi natijasida paydo bo'ladi. Yaradorlar jang maydonida ko'proq yotganlar har xil infeksiyalar bilan ifloslanganlar. Bu to'g'risida 1866-yilda rus xirurgi N.I. Pirogov Qrim urushi natijalarini va meditsina xodimlarining qilgan ishlari to'g'risida aytgan gaplari misol bo'la oladilar. Bunda juda katta armiya qatnashganligi tibbiy yordam ko'rsatish punktlarida yaradorlar sonining ko'pligi va tibbiy yordamning to'liq adekvat holda bo'lmagligi sababli o'lganlar soni ko'p bo'lgan. O'sha paytlarda yaralarning yiringlashini asorat sifatida emas, hatto yaraning bitishidagi bo'ladigan bir etapi deb tushungan. O'rta asrlarda yaralarning yiringlashini qilingan gunoxlari uchun "xudoning qaxri", "xudoning jazosi" deb tushungan. Ayrim yiringli septik asoratlarni bemorlarni davolamaganlar. Fanning taraqqiyoti natijasida va to'g'ri qilingan ishlardan xulosa, tajribaning oshishi natijasida yiringli septik asoratlarning kelib chiqish sabablarini o'rgangan holda ular bilan kurashish usullari ishlab chiqildi.

XIX asrning o'rtalarida I. Zemmelveysning fanda qilingan yangiliklari va L. Paster, D.J. Lester, E. Bergman, V. Xolsted, N.I. Pirogovlarning kiritgan muhim ishlari orqali yiringli septik asoratlarning gospitallarda profilaktika usullari ishlab chiqildi.

Immunologiya va mikrobiologiya fanining yutuqlari va yangiliklari asosida infeksiyon kasalliklari bilan kurashishda vaksinatsiya va zardoblar ishlab chiqildi va amaliyotga kiritildi.

XX asr tibbiyotga antibiotiklar, antimikotiklar, virusga qarshi, antiinfeksiyon-ximik preparatlarni tuxfa qildi. Vrachlar ana shu asosda protozoy va parazitlarga qarshi infeksiyalar muammosi to'liq echildi, shu

bilan ospitallardagi shartli patogen mikrofloralar masalasi ham hal qilindi degan fikrlarga kelib qolgan edi. Ammo antiinfeksion preparatlarni ishlatish eforiyasi uzoqqa cho'zilmadi, chunki antibiotiklar va antimikotiklar tezda o'z o'mini shularga qarshi chidamli mikroorganizmlar shtammining paydo bo'lishiga bo'shatib berdilar. Bu muammolarni to'liq hal qilish uchun kompleks qarshi kurashish usullarini izlashga majbur qildilar.

KII ni profilaktika qilishda birinchi ahamiyat ega- epidemiologik nazoratni mustahkamlash kerak. Bundan tashqari Amerikadagi kasalliklarni nazorat qilish markazi tomonidan tashkil qilingan "infeksion nazorat" termini ishlatilmoqda (Centre for Disease Control-CDC). Bu tizimni yo'lga qo'yishda infeksiyalar bilan individual va jamoa bo'lib zararlanish yo'llari hisobga olinmoqda. Hozirgi kunda adekvat antibiotiklarni, antimikotiklarni, antiseptiklarni, dezinfektantlarni qo'llash, alohida- chegaralash tadbirlari yiringli septik infeksiyalarning effektli diagnostikasi ishlab chiqilmoqda. Bundan tashqari yiringli septik infeksiyalarning kelib chiqishi ularning oldini olish va epidemiologik xavfining bashorati, diagnostika-davolash tadbirlari yoki ularni bajarish algoritmi ishlab chiqilmoqda.

Yuqorida keltirilgan hamma aspektlar xirurgiya bo'limlari uchun juda ham keraklidir.

1. O'tkaziladigan tibbiy yordamlar mijozlar yoki tibbiy xodimlar uchun KII yuqtirish xavfi juda balandligi.

2. Infeksiyaga qarshi ximiopreparatlar eng muhim dorivor moddalar bo'lib, dezinfektantlar, antiseptiklar tibbiy moddalar bo'lib hisoblanadi.

3. KII ko'pchilik holatlarda shartli patogen mikrofloralar orqali chaqiriladilar.

4. Invaziv diagnostik davolash tadbirlarining keng qo'llanilishi.

KII ni davolashda uning etiologik tuzilishini etiborga olinishi kerak. Obligat patogen chaqiruvchi ananaviy infeksiyalar (parotit, difteriya, gripp) bilan hosil bo'lgan kasalliklarni shu patologiyaga mos ravishda davolash zarur. Agar shartli patogen mikrofloralar bilan yani yiringli septik infeksiyalarni davolashda nafaqat ularning turlariga qaramay kasallikning klinik rivojlanishiga asosan davolash zarur-demak xirurgik profildagi kasalliklar bo'lganda albatta xirurgik yo'l bilan davolash ham kerak. Bordiyu yallig'lanish bosqichi bo'lsa konservativ: antibakterial terapiya, yallig'lanishga qarshi fizioterapiya qo'llaniladi.

Yiringli holatlar kuzatilganda (abscesslar paydo bo'lsa) yoki to'qimalarda nekroz kuzatilganda albatta operativ davolash-yiringli bo'shliqni ochish, drenajlash va nekrektomiya qilish zarur.

Yiringli septik infeksiyalarning davolashning hamma etaplarida albatta yordamchi terapiya usullari qo'llaniladi:

1. Qonning reologik xususiyatlarini korreksiya qilish.
2. Detoksikatsiya.
3. Immunokorreksiya.
4. Tizimli va azolar patologiyasini korreksiya qilish.

**Xirurgik operatsiyalar o'tkaziladigan joylardagi infeksiyalar** (yiringli septik infeksiyalar) operatsion maydonidagi xirurgik infeksiyalar (OMXI) asoratlari -termini birinchi bo'lib 1992 yilda AQSH liklar kasalliklarni nazorat qilish markazi tomonidan qabul qilingan. Shu markaz tomonidan operatsiya markazida xirurgik infeksiyalarning kriteriyalari ishlab chiqilgan.

Operatsiya maydonida xirurgik infeksiyalar - operatsiyadan keyin 30 kun ichida (implantant qo'yilganda bir yilgacha) yoki xar hil azolarda, bo'shliqlarda, xirurgik kesmalarda paydo bo'ladilar. Yiringli xolatning anatomik chuqurligiga qarab: yuzaki operatsiyalardan keyingi xirurgik infeksiyalar yuzaki kesmalardan (terida, teridagi to'qimasida va chuqur OMXI fassiyalarda, mushaklarda va a'zolar bo'shliqlarda) yuzaga chiqadi.

AQSH kasalliklarni nazorat qilish markazi (NNIS va CDC) bergan malumotiga asosan OMXI uchrash surati bo'yicha uchunchi (20%) va xarajatlar sarflanishi bo'yicha xam uchunchi 38-40% o'rinni egallaydi.

Rossiya mualliflarining malumotiga asosan OMXI xar 100 operatsiya bo'lganlardan 5-35tasida kasalxona ichi infeksiyalari tariqasida uchramoqdalar. Chet el mualliflari tomonidan 0,5-15% (o'rtacha 3-5%). OMXI ning paydo bo'lishi bemorlarning statsionarlarda davolashning muddatini 7-10 kunga cho'zadi va davolash uchun ketgan harajatlarni 10-20% ga oshiradi. Bu harajatlar Rossiyada antibiotiklar uchun, Amerikada asosan statsionarlarda uzoq muddat bo'lish uchun sarflanadi.

Ayrim xolatlarda OMXI bilan xirurgik statsionarlarda majburiy davolanishlari uchun, masalan Rossiyada xirurgik bo'limlarida ko'k-yiringli va proteylar uchun davolanish muddati 30-45 kunga cho'ziladi. Vaxolanki ayrim mijozlarning OMXI bilan 60% reanimatsiya yoki jadal terapiya bo'limlarida davolanishlariga to'g'ri keladilar. Ular statsionarlardan chiqishlaridan keyin ham 5% qayta statsionarlarga

tushadilar. OMXI bilan xirurgik statsionarlardagi o'lim xavfi 2,2 marta baland.

Operatsiyadan keyingi o'lim 75-77%ni tashkil qilmoqda. OMXI ko'pincha endogen teri mikroblarini va shilliq pardalari orqali chaqiriladi. Iflos operatsiyalar paytida yuzaga chiqadi. Odam tanasida va oyoqlarda bo'ladigan operatsiyalardan keyin asosan stafilakokklar bilan, qo'ltiq osti, chov va oraliq sohasida operatsiyadan keyin grammanfiy va anaeroblar tomonidan chaqiriladi, qorin bo'shlig'ida asosan polimikrob xususiyatiga egadir. Ekzogen infeksiyalarni tarqatuvchilarga-asosan xirurgik xodimlar, tashqi operatsion muhitlar, xirurgik asboblari va materiallardir. Ekzogen mikroblar- grammusbat aeroblar (stafilakokklar, streptakokklar) keltirib chiqaradilar. Xozirgi kunda asosiy chaqiruvchilarga tillarang stafilakokklar, metitsillinga chidamli st.aucus (MRSA) va yuqori rezistentli enterokokklar chaqiradilar.

OMXI ning rivojlanishi xafini bir qator omillar va ularni quyidagi guruhlariga bo'lish mumkin:

1. Mijozlarning xolati.
2. Operatsiyadan oldingi omillar
3. Operatsiya vaqtidagi omillar
4. Atrof-muxit omili
5. Operatsiyadan keyingi muxitlar

Mijozlar axvoli bilan bog'liq omillar:

a) Asosiy kasallikning og'irligi, qancha og'ir xolat bo'lsa shunchalar ko'p OMXI uchraydi.

b) Yo'ldosh kasalliklari: qandli diabet, ko'p sonli travmalar, semizlik, ariqlash, surunkali infeksiya o'choqlari.

v) Mijozlar yoshi : yangi tug'ilgan bolalar yoki qari kishilar.

e) Operatsiyadan oldin statsionarlarda uzoq muddatda bo'lishlari klinik tekshirishlarning cho'zilishi. Umuman bularning to'liq tasiri aniqlanmagan.

**Operatsiyadan oldingi davr.** Operatsiya maydonini qirish. Operatsiya qilinadigan joylardagi tuklarni qirib olish xar holda muhim omil hisoblanadi. Ayrim mualliflarda qirishdan keyin terida malum jarohatlar bo'lib, yiringli jarohatlar xavfini oshiradi degan fikrlari mavjud. Sochni qirishda juda avaylab, o'tkir qirish asboblari zarur. Yana bir guruh mualliflar fikricha sochni qirishdan keyin operatsiyaga qancha ko'p vaqt o'tsa ulardagi infeksiyon asoratlari xavfi baland bo'lar emish. Bu holatni kuzatish zarurdir.

### **Operatsiya omillari.**

1. Bu operatsiya yarasining tozalik bosqichiga bog'liq. Agar toza va o'tkazilgan muolajalar ham toza holda o'tkazilsa operatsiyadan keyin nisbatan infeksiyalar bilan yiringli yallig'lanish kam bo'ladi. Shartli toza yaralarda xam ifloslangan yaralarga nisbatan infeksiyalar bilan yallig'lanish kam uchraydi. Agar birinchi toza yaralarda OMXI surati 1-5% tashkil qilsa, shartli-toza yaralarda 8-11% ni, ifloslangan (kontaminatsiyalashgan) yaralardan keyin 15-29% ni, infeksiyalangan yaralardan keyin 30% ni tashkil qilmoqda.

2. Operatsiya qiladigan xirurg texnikasiga bog'liq, aseptika xolatlarini saqlash va rioya qilishdir.

3. Operatsiya tomon bo'lgandan keyin: yaxshi qon bilan taminlanmaslik gematoma, nekroz bo'lgan to'qimalarning qolib ketishlari yoki to'qimalarni xaddan tashqari jarohatlash.

4. Xar hil drenajlar qo'yish ham yot jism kabi tasir qiladi.

5. Xaddan tashqari ko'p kaogulyasiya qilishda hosil bo'lgan to'qimalar nekrozi yalig'lanishiga olib kelishi xavfi baland.

### **Atrof-muxit omillari.**

Operatsiya xonalaridagi tanglik, har xil qo'zg'atuvchilarning ko'pligi, ko'p hodimlarning bekoriga harakatlari xam muxim omil xisoblanadi.

Xavo ham mikroorganizmlarning manbai bo'lishi, xirurgik yaralarda kontaminatsiya holatini kuchaytiradi. Operatsiya xonalardagi ventilyasiya xolatining yaxshi emasligi xam bu xolatni rivojlantiradi.

**Operatsiyadan keyingi omillar.** Operatsiyadan keyingi muolajalar sifati, soni, bajarish taxnikasi va xarakteri qarab, o'tkaziladigan bog'lovlarning tozalik xolatlari, drenajlarning ochiq qolishiga bog'liq.

### **Bemorlar holatiga tasir qilishi**

1) Operatsiyadan oldin infeksiyalarning holati, ularga qarshi o'tkaziladigan tadbirlar, sanatsiya qilish, ayniqsa surunkali infeksiyalarda.

2) Yo'ldosh kasalliklarni korreksiya qilish: qandli diabet bilan qand miqdorini nazorat qilish, tana massasini kamaytirish, steroid garmonlarni to'xtatish.

3) Adekvat antibakterial profilaktika qilish:



Toza yaralar bilan o'tkazilgan operatsiyadan keyin (churrani tikish, splenektomiya, bachadon naylarini bog'lash operatsiyasidan keyin) antibakterial profilaktika qilish shart.

Shartli toza yoki ifloslangan yaralar bilan operatsiyadan keyingi profilaktika shart. (Perforatsiya bo'lgan yaralar, appendektomiya) to'liq antibakterial terapiya qilinadi.

### **Tashqi muhitning OMXIga ta'siri**

Operatsiya xonalariga ko'p kishilarni qo'ymaslik, operatsiya xonalarni aktiv ventilyasiya qilish, antibakterial suyuqliklar bilan xavoni filtrlash kerak.

**Tibbiy xodimlarning adekvant ximoya qilish kiyimlari.** Demak, maxsus kiyimlar, qolpoqlar, baxillalar kiyish. Epidemiologik xavfsiz manipulyasiyalarni ishlatish ham mumkin (masalan, yaralarni rutin holda har hil antiseptikalar bilan yuvish shart emas).

XX asrning boshida Ser Almrot Ray ta'limoti bo'yicha "ximik moddalar yaralarning bitishiga to'sqinlik qiladi va organizmning infeksiyalarga tibbiy chidamliligini susaytiradi". Demak yaralarni parvarish qilishda muhim qoidaga rioya qilish kerak. Ser Almrot Ray to'qimalarning sog'lomligini saqlab qolish, bakteriyalarni o'ldirishdan afsaldir degan edi.

Operatsiyalardan keyin yallig'lanishlar asoratini davolashda xirurgik infeksiyalarni davolash prinsipida qolish kerak.

- Yiringli yaralarni ochish va drenajlash.
- Nekroz bo'lgan to'qimalarni kesib olish.
- Maxalliy antiseptiklar ishlatish, extimol fizik omillarni ishlatish.
- Antibakterial terapiya mikrobiologik tekshirishlar asosida o'tkazish kerak.
- Detoksikatsiyani qo'llash (zaruriyat bo'lsa) va immunokorreksiya.

**Aylanishdagi qon infeksiya (AQI)si.** Aylanishdagi qonning infeksiyalar bilan ifloslanishlari nozokomial infeksiyaning butun dunyo bo'yicha eng ko'p tarqalgan infeksiyalar turiga kiradi. Ular hamma nozokomial infeksiya bilan bemorlarning 15% ni, statsionarlarda yotgan bemorlarning 1% tashkil qiladi. Aylanishdagi qon infeksiyalari bilan mijozlarning ko'p qismi maxsus statsionarlar bo'limlarida: reanimatsiya

va jadal terapiya, ximioterapiya, kardioxirurgiya, transplantologiya, kuyganlar bo'limlarida (50%) yotgan kishilardur. Umumiy xirurgiya bo'limlarida aylanishdagi qon infeksiyasi bilan 20% ni tashkil qilmoqda. Taxminan aylanishdagi qon infeksiyasi (AQI) bilan o'lim surati 60% ni tashkil qilmoqda.

**1. Birlamchi AQI** - Bu shunday infeksiyaki mijozlardan qon ekishga olinganda shu xil etiologiyali infeksiyalar bilan boshqa manbasi bo'lmagan infeksiyalarning aniqlanishi. AQI ning o'zida laboratoriya sharoitida (mikrobiologik) tasdiqlangan infeksiyalarga va klinik sepsisga bo'linadilar.

Mikrobiologik aniqlangan AQI 30% gacha birlamchi bo'ladi va quyidagi belgilar bilan asoslanadi:

a) Qonda topilgan chaqiruvchilar, boshqa o'choqlarda joylashgan infeksiyaga taalluqli emas.

b) Varaja, qaltirash yoki gipotenziya belgilari bilan.

2. Klinik sepsis xolati hamma AQI ning 70%ni tashkil qiladi.

a) Gemokultura tekshirilmagan yoki chaqiruvchi ajratilmagan.

b) Boshqa lokalizatsiyada tasdiqlangan infeksiya aniqlanmagan.

v) Vrach adekvat antibakterial terapiyani sepsis programmasi bo'yicha tavsiya qilgan.

Bu infeksiyani AQI ko'pchiligi tomirlarni kateterlash va quyiladigan suyuqliklar bilan bog'liqdirlar.

**2. Ikkilamchi AQI (Aylanishdagi Qon Infeksiyasi)** -bu infeksiya boshqa lokalizatsiyada bo'lgan infeksiya o'choqlari bo'lib o'sha bir hil infeksiyalar bilan (tarqalgan infeksiyalar) rivojlanadi. Ikkilamchi AQI ning kriteriyasi "sepsis", "og'ir sepsis" va "septik shok" bo'yicha R.Bone (1992) taklif qilgan klasifikatsiyaga mosdir.

Birlamchi infeksiyaning kelib chiqishida endogen va ekzogen xarakterda bo'lishi mumkin. Ikkilamchi AQI ni va birlamchi AQI havfli omillarni bemorlarda profilaktika qilishning quyidagi tadbirlari bor:

1. Mijozlarga juda katta e'tibor bilan munosabatda bo'lish (yoshi, immunosupressorlar qabul qilinganligi)

2. Asosiy kasalligini adekvat davolash va yo'ldosh kasalliklarini korreksiya qilish.

3. Adekvat oziqlantirish (parenteral yo'l bilan)

4. Ma'lum bo'lmagan infeksiyalar o'choqlarini sanatsiya qilish.

5. Iloji boricha bemorlarni statsionarlarda bo'lish muddatini kamaytirish.

**Nozokomial pnevmoniya.** Hamma nozokomial infeksiyalarning 13-18%ni reanimatsiya va jadal terapiya bo'limlaridagi infeksiyalarning 45%ni tashkil qiladi. Bu infeksiya umumiy gosptilizatsiya qilingan kasalliklarning 15-20%ni asosan o'tkir respirator intensiv terapiya bo'limlarida bo'lib umumiy tarqalish 0.5-1%ni tashkil qiladi. Xirurgik bemorlarning nozokomial infeksiyalar bilan 6% rejali operatsiyalardan, 15% zudlik bilan qilinadigan operatsiyalardan keyin rivojlanadi. O'pkani sun'iy nafas oldirish apparatida yotgan bemorlarning 36%ni va 9-27% hamma intubatsiya qilingan bemorlarda nozokomial pnevmoniya (NP) uchraydi. NP infeksiyasi bilan o'lim 50%ni, umumiy o'limga sababchi bo'lganlarning 70%ni tashkil qiladi.

NP infeksiyalar bilan statsionarga tushganlardan keyin 48soat ichida o'pkada rentgenologik yangi o'choq paydo bo'lishi topiladi.

NP ning diagnostik prinsiplari:

1. Rentgenda yangi o'choqli-infiltratsiyaning o'pkalarda aniqlanishi.
2. Keltirilgan kriteriyalardan ikkitasi:
  - a) varaja  $39.9^{\circ}\text{C}$
  - b) bronxial gipersekretsiyaning paydo bo'lishi.
  - v)  $\text{PaO}^2/\text{FiO}^2 < 240$
- 3) keltirilgan kriteriyalardan 3ta belgisi:
  - a) yo'tal, taxipnoe, o'pkada lokal krepitatsiya, xo'l hirillashli bronxial nafas
  - b) leykopeniya ( $< 4.0 \times 10^9/\text{l}$ ) yoki leykotsitoz ( $> 12.0 \times 10^9/\text{l}$ ), tayoqcha yadrolilar  $> 10\%$
  - v) yiringli balg'am bronxial sekretlar  $> 25$  polimorf leykotsitlar (ko'rish maydonida yuzaga chiqish).

### Siydik chiqarish yo'llari infeksiyasi. (SYI)

Eng ko'p uchraydigan infeksiyalardan bo'lib 23-49% uchraydi. Siydik yo'llarni asboblar bilan tekshirilgandan keyin 66-86% SYI uchraydi (sitoskopiya, siydik yo'llarini katetrlash).

**Bakteriya**-mikroblarning siydik yo'llarida kolonizatsiya bo'lishi, ammo to'qimalarning butligi buzilmaydi. Siydik chiqarish yo'lining satxida asosan bo'lishi mumkin: pielonefrit, prostatit, uretrit va boshqalar. Bu kasalliklar diagnozini qo'yishda mikrobiologik tahlillarga asoslanadi.

Ana shu taxlilga asosan bakteriyani aniqlash kerak: 1)100 000 ( $10^5$ ) kolonizatsiya hosil qiladigan birlik (KOE) 1ml siydikda.

Normada siydik qopidagi siydik steril xolatda. Siydikning siydik yo'lining pastki qismidan o'tishida mikroblar kontaminatsiyasi boshlanadi.

Shuning uchun bakteruriyani patologik yoki tibbiy kontaminatsiyalardan ajratish uchun quyidagi kriteriyalar ishlatiladi:

1. Mikroorganizmlar soni  $10^3$ KOE/ml dan oshmasligi, bu siydikning tabiiy kontaminatsiyasi.

2. Mikroorganizmlar soni  $10^3$ - $10^5$  KOE/ml, natija shuxbali, aniqlashni qaytarish kerak.

3. Mikroorganizmlar soni  $10^5$ dan baland-infeksion xolatlar bor, aniq manifestatsiya.

Agar bemorning siydik qopida kateter turgan bo'lsa, undan aseptik xolatda 1ml siydik olinish va  $>100$ ml ( $10^2$ ) yani KOE 1ml siydikda bo'lsa, demak siydikda infeksiya bor.

Agar mikrobiologik laboratoriya bo'lmasa siydik yo'lidagi infeksiyani quyidagi kriteriya bilan aniqlanadi:

1) Klinika simptomlari: varaja, qovurg'a ustida og'riq siyishga tez-tez chiqishi, dizuriya, bu xolat kateter qo'yilmagan bemorlarda.

2) Mikrobiotik tekshirishda piuriya belgilari.

Siydik yo'li infeksiyasi endogen va ekzogen xolatlar bilan tarqaladi.

**Endogen** -bu parauretral va tashqi siydik yo'li orqali (bu soxada ichak tayoqchalari ayniqsa siydikni tutolmagan bemorlarda). Davolash va diagnostika uchun har hil manipulyasiyalarning o'tkazilishi.

**Ekzogen** -bu asoratlarni yaxshi sterillanmasdan (kateter, sistoskoplar), ifloslangan materiallarning ishlatilishi, har hil eritmalar, antiseptiklar va tibbiy xodimlar qo'llari orqali.

Ifloslanish asosan shartli-patogen mikroorganizmlar sababli rivojlanadi. Ayollarda ko'pincha ichak tayoqchalari 85%, erkaklarda ko'pincha proteylar, ko'k yiringli tayoqchalar sabab bo'ladilar.

**VICH-infeksiya.** VICH infeksiyasi (human immunodeficiency virus infection-HIV)-sekin rivojlanadigan infeksiion kasallik bo'lib, odam immunodefitsit virusi bilan kelib chiqadilar, odamning immunitet tizimini jarohatlaydi va odam har hil oportunik infeksiyalarga baland sezgir bo'lib qoladi va natijada bemorning o'limiga olib keladi.

Xozirgi paytda ajratilgan va o'rganilgan VICH-2, VICH-3, va VICH-4.

Infeksiyaning asosiy manbasi bo'lib-shu viruslar bilan yuqtirilgan odamlar xisoblanadi. Ularda hamma klinik shakllari bo'lib, virus tashuvchilardir, qonida virus aylanib yuradi. Bu viruslar nafaqat qonda, birinchi navbatda-spermada, hamda menstrual va vaginal suyuqliklarda bo'ladi.

VICH- yana ko'krak sutida, so'lakda, ko'z yoshida, serebrospinal suyuqliklarda, har hil to'qimalar bioptatida, ter suyuqligida, bronxial suyuqligida va axlatda bo'ladi.

Bu infeksiyaning yuqishi havfli biosuyuqliklarning qonga, limfa suyuqligiga, hamda jarohatlangan teri va shilliq pardalarga tushganda sodir bo'ladi. Agar teri va shilliq parda jarohatlanmagan bo'lsa, virusning yuqishi juda past, taxminan 0.09%.

Infeksiyaning berilish yo'llari-tabiiy (kontakt-vertikal) va suniy (parenteral yo'l-qon va yaxshi tozalanmagan tibbiy asboblar) yo'llari bilan beriladi.

VICH infeksiyaning tarqalishida muxim o'rinni ximoya qilinmagan jinsiy aloqa, kontakt, parenteral va narkotik moddalarning kirgizilishi, narkomanlarning tozalanmagan shpitslarini ishlatish. Kasalxona ichi nozokomial infeksiyalar gepatit B va C qaraganda VICH kam yuqtiriladi. VICH yuqtirishning ikkita sabab bor:

**Birinchi sababi** - qonda VICH virusi konsentratsiyasi qon plazmasida past darajada ( $10^0-10^3$ ), shunda gepatit B ning konsentratsiyasi  $10^3-10^8$ dir.

**Ikkinchi sababi** - VICH infeksiyasi kam miqdorda tarqalgan populyatsiyaga ega. 2007 yildagi ma'lumot dunyo bo'yicha 40 mln VICH infeksiya bilan bo'lsa, 150 mln bemorlar gepatit C va 350 mln gepatit B bilan kasallanganlar. Ammo davolash profilaktika maskanlarida VICH infeksiyaning berilishi-yani patsientdan tibbiy xodimlarga yuqishi baland.

VICH kasalligi bilan kasalxona ichi yuqishini profilaktika qilishda quyidagi tartiblarni o'rnatish zarur:

1. Bemorlar qonini, a'zolar va to'qimalari taxlilidan yaxshilab o'tishi kerak.
2. Donor qonini sifatli tekshirish (PSR) kerak.
3. Kerak bo'lmagan har hil qonni va suyuqliklarni quymaslik.
4. Har hil invaziv tadbirlarni o'tkazmaslik
5. Asboblarni-ayniqsa ko'p ishlatiladigan asbob va materiallarni yaxshilab sterilizatsiya qilishi, asosan bir marta ishlatiladigan asboblarni qo'llash.

6. Tibbiy xodimlar o'zlarini saqlashning universal tartib intizomini buzmaslik. Hamma kompleks profilaktika usullarini qo'llashi zarur.

**Virusli gepatitlar.** Gepatit viruslari-o'zlarining biologik xususiyati bilan agentlar bo'lib har hil xususiyatlarga ega. Ularni sun'iy ravishda gepatotropizmga asoratlangan holda (har hil darajada yuzaga chiqishiga ega bo'lishiga qaramay) bir guruhga kirgizilganlar. Ularning odamlarga yuqish mexanizmi har hil.

Virusli gepatitlar-beshta A, B, C, D, E chaqiruvchi viruslarga ega. Ular ikki guruh gepatitlarga: enteral A, E va parenteral B, C, D guruhlarga bo'linadi. Gepatit viruslari 90%xolatlarda o'sha agentlar bilan yuqadi. Virusli gepatitlar mijozlarda ham, xuddi shunday tibbiy xodimlarda nozokomial infeksiyalarni chaqirishlari mumkin. Ularning ichida ko'proq gepatit B va C viruslari chaqiradilar. Gepatit B hozirgi sog'liqni saqlash tizimining oldidagi eng muhim muammolardan biri bo'lib xisoblanadi.

**Virusli gepatit A** -yuqishi fekaloral mexanizmi orqali bo'lib, kontakt, maishiy va suv bilan yuqtiriladi. Kasalxona ichida yuqish juda kam, axolining orasida suv epidemiyasi bilan tarqaladi.

**Virusli gepatit B** - bu qon va har hil biologik suyuqliklar orqali yuqadi. Bu kasalxona ichi infeksiyalarning ichida eng muhimi bo'lib xisoblanadi. Seralogik reaksiya bilan 20-50% katta yoshdagi axoli orasida infeksiya aniqlanadi. Asosiy yuqtirish manbai-gepatit B bilan sariqsiz, subklinik shaklda o'tadigan bemorlarning ko'pligi. Ular har hil yo'llar bilan: mijozdan mijozga shaxsiy gigiena prinsiplari buzilganda, manikyur, pedikyur, tish sho'tkasi, britva asboblari orqali yuqushi mumkin.

**Virusli gepatit C**-transfuzion hamda sporadik xolatda chaqiriladi. Qon va qon komponentlari orqali sodir bo'ladi.

**Gepatit D**- epidemik holatida va ma'lum geografik viloyatlarda (O'rta yer dengizi) uchraydi. Gepatit D yuqtirish mexanizmi, xuddi gepatit B kabidir.

**Gepatit E**-malum vaqtlar orasida, ma'lum geografik viloyatlarda (O'zbekiston, Tojikiston, Turkmaniston) uchraydi. Asosiy yuqish yo'li oral-fekal, demak suv orqali homilador ayollarda og'ir o'tadi. Kasalxonadan tashqari chaqiruvchilar asosan gepatit B va S viruslaridir.

### **Virusli hepatitlarni profilaktika qilish.**

#### **Virusli hepatit A va E ni umumiy profilaktik usullari:**

1) qo'llarni yaxshi yuvish, oziqa moddalarni kayta ishlash, uy-ro'zg'or asboblarini yaxshi yuvish, sanitariya gigienik tartiblariga rioya qilish.

2) passiv immunizatsiya - immunoglobulin bilan

3) aktiv immunizatsiya -vaksina hepatit A ga qarshi

#### **Virusli hepatit B ni umumiy profilaktik usullari:**

1) qattiq shaxsiy va umumiy gigiena tartiblari

2) donor qonlarini, a'zolar yoki to'qimalarni yaxshi tekshirish

3) PSR-donor qonini ideal ravishda hepatit B ga tekshirish

4) qon va har hil suyuqliklarni vena ichiga quyish mumkin emas

5) invaziv muolaja usullarini qilmaslik

6) axolini aktiv immunizatsiya va vaksinatsiya qilish

#### **Gepatit C va hepatit B da qilinadigan profilaktika usullari:**

Vaksina-yo'q, immunoglobulinning effektivligi aniqlanmagan.

Gepatit D da ham xuddi, hepatit B dagi tartiblar qo'llaniladi. Spetsifik vaksinasi yo'q.

**Gripp va o'tkir respirator kasalliklar.** (O'RK) bu virusli kasalliklari odam uchun eng ko'p uchraydigan infeksiyon kasalliklarga kiradi. Havo-tomchi yo'li bilan yuqadigan bu kasallik katta miqdordagi chaqiruvchilarga ega bo'lgan, kasallik aholi orasida doimiy ravishda uchramoqdalar.

Gripp va o'tkir respirator kasalliklarni har hil viruslar, shulardan A va B viruslari, paragripplar, adenoviruslar, rinoviruslar muhim ahamiyatga egadirlar.

#### **Profilaktika qilishning asosiy tadbirlari:**

1. Gripp epidemiyasi bo'lganda karantin qilish

2. Har hil tashqaridan keluvchilarni to'xtatish.

3. Vaqtincha kasallarni qabul qilishni to'xtatish.

4. Adekvat holda izolyasiya qilish.

5. Kasal bo'lgan tibbiyot hodimlarni vaqtincha ishdan chetlatish

6. Grippga qarshi vaksinatsiya qilish

7. Bolalarga ribaverin tavsiya qilinadi

**O'tkir gastroenterit.** AQSH olimlarining bergan ma'lumotlariga asosan gastroenteritlar har 10.5 odamda 10.000 statsionarlarga tushganlar orasida uchraydi. Oshqozon ichak tizimi infeksiyasining etiologiyasini 97% holatlarda aniqlash mumkin: bakteriyalar 93%, viruslar(rotoviruslar)

5.3% holatlarda uchraydi. Nozokomial infeksiyalarning ichida asosan salmonella ko'proq uchraydi. Gastroenteritlarning birdaniga ko'payishi rotoviruslarga, adenoviruslarga ham bog'liq. Bolalarda lyambliya-ko'pincha diareyaga olib keladi. Bu infeksiyalarning yuqishi -fekal-oral yo'lidir. Yuqtirish -oziq ovqatlar, suv, dorivor moddalar, asboblardan orqali yuqishi mumkin.

Havfli omillarga endogen va ekzogen omillar kiradi.

**Endogen** -shilliq pardalari (oshqozon ichak trakti)ning himoya kuchi buzilishi (axlorgidriya), ichaklarning motor funksiyasining buzilishi, ichaklardagi mikrofloraning buzilishi, immunitetning etishmovchiligidir.

**Ekzogen** -omillariga nazogastral zondlar orqali oziqlantirish, simitidin bilan birga qo'llanilganda mikroblar ichaklarda kollonizatsiya bo'ladi.

Bu kasallikning profilaktikasi asosan gigienik holatni yaxshilash: qo'llarni yuvish, idish-tovoqlar, sochiqlar, kiyim kechaklar toza holda bo'lishligi kerak. Siydik, kal, iflos buyumlar qon tomirlangan deb hisoblanadi. Kasalxonada bemorlar palatasi, idish tovoqlari, ishlatiladigan asbob uskunalar toza tutilishi kerak.



## TEST SAVOLLARI

1. 47 yoshli bemorda gospitalizatsiya paytida ikkala oyoqlarda teri qavatlarining oqarganligi va ko'kimtir tuslanishi, paypaslaganda sovuqligi, boldiming oldingi yuzasi bo'yicha gemorragik tarkibli pufakchalar xamda nekroz o'choqlari aniqlanadi. Xamma sezgilar yo'qolgan. Ushbu bemorda sovuq oldirish darajasi:

- A) IV dr.
- B) Idr.
- C) Ildr.
- D) III dr.
- E) V dr.

2. Abscess deb aytiladi:

- A) Sulak bezlarining o'tkir yiringli yallig'lanishi
- B) Bir nechta soch follikulalarining o'tkir yiringli yallig'lanishi
- C) To'qima va organlarda chegaralangan yiring yig'ilishi
- D) Apokrin bezlarining yiringli yallig'lanishi
- E) Chegaralanmagan yiringli bo'shliqqa

3. Abscessga gumon qilinganda birinchi o'rinda ko'rsatma bo'ladi:

- A) Mazli kompress qo'yish
- B) Diagnostik punksiya qilish
- C) Operativ davolash

qo'yish D) Isituvchi kompress

E) Ochish  
4. Abscessni ochishga ko'rsatma bo'lib hisoblanadi:

- A) Gipertermiya
- B) ECHT tezlashishi
- C) Og'riq kuchayishi
- D) Infiltrat o'lchamining kengayishi
- E) Ochish mumkin emas

5. Bemor 45 yosh, gospitalizatsiya paytida o'ng oyoqdagi og'riq, qichishish, kuyishish xamda shaffof tarkibli pufakchalar borligidan shikoyat qiladi. Ob'ektiv: zararlangan zonada teri qavatining shishi, pufakchalar va ochilganida teri so'rg'ichli qavatining qizg'ish rangda ko'rinishi xamda teginilganda og'riqli ekanligi aniqlanadi. Ushbu bemorda sovuq oldirish darajasi:

- A) I dr.
- B) II dr.
- C) III dr.
- D) IV dr.
- E) II dr.

6. Bemor 60 yosh, gospitalizatsiya paytida ikkala oyoqdagi yengil og'riq, qichishish, kuyishish xamda gemorragik tarkibli pufakchalar borligidan shikoyat qiladi. Ob'ektiv: teri qavati doirasidan

chiquvchi kuchli shish aniqlanadi. Pufakchalar ochilganda yara tubi ko'kimtir qizg'ishrangda, tasirlantiruvchi faktorlarga sezuvchanlik yo'q. Zararlangan soxalarda xamma sezgilar yo'qolgan. Ushbu bemorda sovuq oldirish darajasi:

- A) III dr.
- B) I dr.
- C) II dr.
- D) IV dr.
- E) III a dr.

7. Bemor K. 40 yosh. Bo'yinning orqa tomonida bir necha yiringli nuqtalar bilan og'riqli infil'tratsiya aniqlanadi. Bemorni eng ko'p bezovta qiladigan muammo nima?

- A) Yallig'lanishning mahalliy belgilari
- B) Yiring oqishi
- C) Teri qizarishi
- D) Og'riq
- E) Bosh og'rig'i

8. Bemor K., 58 yosh, qishda baliq ovida bo'lgan. Uyga kelgandan keyin, bir oz vaqt o'tib oyoq panjalarida og'riq seza boshlagan. Vrachga murojat qilgan. Ko'rilganda oyoq panjasi terisi oqargan, isitilgandan keyin qizargan, paypaslaganda issiq. Shish oyoq barmoqlari bilan chegaralanadi. Xamma sezgilar saqlangan. Pufakchalar yo'q. Sovuq oldirish darajasi?

- A) I dr.
- B) II dr.

- C) III dr.
- D) IV dr.
- E) V dr.

9. Bemorning qo'l panjalarining termik kuyishi kuzatiladi. Qaysi bog'lama usulidan foydaniladi?

- A) Sakkizsimon bog'lama
- B) "Ritsar qo'lqopi" bog'lamasi
- C) Toshbaqasimon birikuvchi bog'lama
- D) Toshbaqasimon ajraluvchi bog'lama
- E) Aylanasiimon bog'lama

10. Erizipeloid chaqiruvchisi bo'lib hisoblanadi:

- A) Gonokokk
- B) Stafilokokk
- C) Streptokokk
- D) Proteya
- E) Cho'chqa saramas tayoqchasi

11. Erizipeloid deb aytiladi:

- A) Saramasdan keyingi limfostaz
- B) Saramasiimon panja barmoqlari yallig'lanishi
- C) Terining barcha qavatlarining yallig'lanishi, stafilokokklar chaqirgan
- D) Terining o'tkir seroz yallig'lanishi, cho'chqa saramas tayoqchasi chaqirgan
- E) Timoqning yallig'lanishi

12. Erizipeloidda patologik o'choq jarayoni joylashadi:

- A) Kaft barmoqlarida
- B) Tirsakda
- C) Oyoq panja barmoqlarida
- Д) Yuzda
- E) Sonda

13. Flegmona deb aytiladi:

- A) Kletchatkaning o'tkir spetsifik yallig'lanishi
- B) Kletchatka bo'shlig'ining o'tkir yiringli yallig'lanishi
- C) Kletchatkaning o'tkir yiringli yallig'lanishi
- Д) Kletchatka va kletchatka bo'shlig'ining o'tkir yiringli yallig'lanishi
- E) Kletchatkaning surunkali yallig'lanishi

14. Flegmona ochiladi:

- A) Teri burmasi bo'ylab chiziqli kesma yordamida
- B) Teri burmasi bo'ylab ko'plab parallel kesmalar yordamida
- C) Krestsimon kesma bilan
- Д) Infiltrat sohasida ikkita og'ovsimon kesma yordamida
- E) Shish ustidan

15. Frank indeksi orqali kuyish kasalligi kechish oqibati prognozi qanday hisoblanadi?

- A) Kuyishning umumiy maydoni va bemor og'irligi yig'indisi

B) Kuyishning umumiy maydoni va bemor yoshi yig'indisi

C) Chuqur va yuzaki kuyish maydoni yig'indisi

Д) Chuqur va yuzaki kuyish maydoni, bemor yoshi hamda og'irligi yig'indisi

E) Yuzaki kuyish maydoni va chuqur kuyish maydonining uch karrasini qo'shish

16. Furunkul bilan kasallangan bemorda qo'shimcha qanday tekshiruv o'tkaziladi?

A) Sterillik uchun qon topshirish

B) Glikemiya darajasini aniqlash

C) Umumiy siydik tahlili

Д) Umumiy qon tahlili

E) Qon bioximiyasi

17. Furunkul – bu:

A) Sulak bezlari chiqaruv yo'llarining o'tkir yiringli yallig'lanishi

B) Ter bezlarining o'tkir yiringli yallig'lanishi

C) Soch follikulasining o'tkir yiringli yallig'lanishi

Д) Soch follikuli va atrofidagi to'qimalarning o'tkir yiringli yallig'lanishi

E) Chegaralangan yiringli xalta

18. Furunkulni infiltrat davrida davolash usuli:

A) Teriga 70%li etil spirt surtish

B) Zuluk qo'yish

C) Massaj

Д) Teriga efir surtish

E) Ustidan bosish

19. Furunkulni qo'zg'atuvchisi:

A) Streptokokk

B) Gonokokk

C) Ko'k yiring chaqiruvchi tayoqcha

Д) Vulgar proteya

E) Stafilokokk

20. Gidradenit ko'pincha kuzatiladi:

A) Kaftning panja yuzasida

B) Kuraklararo sohada

C) Qo'ltiq osti sohada

Д) Bo'yinning orqa yuzasida

E) Tovonda

21. Gidradenit deb o'tkir yallig'lanishga aytiladi:

A) Soch follikulalari

B) Apokrin ter bezlari

C) Qo'ltiq osti limfa tugunlari

Д) Kletchatkani

E) Terining

22. Furunkulning abscesslashgan bosqichida amalga oshiriladi:

A) Aktiv immunizatsiya

B) Antibiotikli elektroforez

C) Kombinirlangan antibiotikli terapiya

Д) Passiv spetsifik immun terapiya

E) Operativ davolash

23. I darajali kuyish uchun xarakterli o'zgarishlarni ko'rsating:

A) Yumshoq qobiq bo'lishi.

B) Giperemiya, pufakchalar.

C) Giperemiya va teri shishi.

Д) Yumshoq to'qimalar ko'mirlanishi.

E) Diapedez qon ketish.

24. I darajali kuyishda qoplovchi to'qimalarning qaysi qavatlari shikastlanadi?

A) Epidermisning yuzaki qavati.

B) Terining to'liq epidermal qavati va uning ko'chishi(otsloyka).

C) Epidermis va so'rg'ichli qobiq cho'qqisi qisman nekrozi bilan.

Д) Teri xamma qavatlari.

E) Teri va ostki to'qimalar.

25. I darajali kuyishning maxalliy belgilariga xarakterli emas:

A) Shish

B) Og'riq

C) Qizarish

26. II darajali kuyish uchun xarakterli o'zgarishlarni ko'rsating:

- D) Giperesteziya
- E) Pufakchalar
- A) Giperemiya va teri shishi.
- B) Giperemiya, shish va pufakchalar.
- C) Yumshoq to'qimalar ko'mirlanishi.
- D) Qobiq paydo bo'lishi.
- E) Diapedez qon ketish.

27. II darajali kuyishda qoplovchi to'qimalarning qaysi qavatlari shikastlanadi?

- A) Terining to'liq epidermal qavati va uning ko'chishi(otsloyka).
- B) Epidermisning yuzaki qavati.
- C) Epidermis va so'rg'ichli qobiq cho'qqisi qisman nekrozi bilan.
- D) Teri xamma qavatlari.
- E) Teri va ostki to'qimalar.

28. II darajali kuyishning maxalliy belgilariga xarakterli emas:

- A) Pufakchalar
- B) Giperesteziya
- C) Og'riq
- D) Giperemiya
- E) Gipertermiya

29. IIIa darajali kuyish uchun xarakterli o'zgarishlarni ko'rsating:

- A) Diapedez qon ketish.
- B) Quruq qobiq va gemorragik tarkibli pufakchalar paydo bo'lishi, sezgining yo'qolishi.
- C) Quruq qobiq bo'lishi.
- D) Yumshoq to'qimalar ko'mirlanishi.
- E) Oqimtir mumsimon qobiq va sariq jelesimon tarkibli pufakchalar bo'lishi, sezgining saqlanishi.

30. IIIa darajali kuyishda qoplovchi to'qimalarning qaysi qavatlari shikastlanadi?

- A) Terining to'liq epidermal qavati va uning ko'chishi(otsloyka).
- B) Epidermisning yuzaki qavati.
- C) Epidermis va so'rg'ichli qobiq cho'qqisi qisman nekrozi bilan.
- D) Teri xamma qavatlari.
- E) Teri va ostki to'qimalar.

31. IIIb darajali kuyish uchun xarakterli o'zgarishlarni ko'rsating:

- A) Quruq qobiq va gemorragik tarkibli pufakchalar paydo bo'lishi, sezgining yo'qolishi.

B) Oqimtir mumsimon qobiq va sariq jelesimon tarkibli pufakchalar bo'lishi, sezgining saqlanishi.

C) Oqimtir mumsimon qobiq bo'lishi.

Д) Yumshoq to'qimalar ko'mirlanishi.

E) Diapedez qon ketish.

32. IIIb darajali kuyishda qoplovchi to'qimalarning qaysi qavatlari shikastlanadi?

A) Terining to'liq epidermal qavati va uning ko'chishi(otsloyka).

B) Teri xamma qavatlari.

C) Epidermisning yuzaki qavati.

Д) Epidermis va so'rg'ichli qobiq cho'qqisi qisman nekrozi bilan.

E) Teri va ostki to'qimalar.

33. Ikki oyoqning kuyish maydoni «to'qqizlik qoidasi» bo'yicha tashkil qiladi:

A) 36%

B) 27%

C) 18%

Д) 9%

E) 45%

34. Jabrlangan oyoqlardagi og'riqdan shikoyat qiladi, yura olmaydi. Oyoqlardagi og'riq va barmoqlar terisi rangi o'zgarishi 2 kun oldin, botqoqli muhitdan uzoq o'tishdan keyin paydo bo'lgan. Havo temperaturasi

o'tish muhitida +5 °S bo'lgan. 13 yoshidan chekadi. Ko'rikda: oyoq panjalari distal qismi va barmoqlari shishgan, ko'kargan. Oyoq panjasi arteriyalarida puls sustlashgan, tizza osti va son arteriyalarida— yaxshi to'limda. Dastlabki diagnoz:

A) Obliteratsiyalovchi ateroskleroz I dr.

B) Obliteratsiyalovchi endarteriit I dr.

C) Reyno kasalligi.

Д) Oyoq panjalarini sovuq oldirish II dr.

E) Oyoq panjalarini III dr. sovuq oldirish.

35. Karbunkul bu-..... o'tkir yiringli-nekrotik yallig'lanishi.

A) Terining

B) Bir nechta soch xaltachalarini va atrofidagi to'qimalarining

C) Hujayra bo'shlig'i

Д) Soch follikulasi, yog' bezi va atrofdagi to'qimalarining

E) Bir nechta soch xaltachalari, yog' bezlari va atrofdagi to'qimalarining

36. Karbunkul ochiladi:

A) Teri burmasi bo'ylab lazer yordamida kesma qilish

B) Krestsimon kesma bilan

C) Langer chizig'iga qarshi og'ovsimon kesma bilan

Д) Ikkita og'ovsimon kesma bilan

E) Radial kesim bilan

37. Karbunkulda tavsiya etiladigan birinchi muolajalar:

A) Tomir ichi qonni lazer bilan nurlash

B) Operativ davolash

C) Qo'shma antibiotikoterapiya

Д) Antistafilakokkli immunoglobulin

E) Antibiotik qilish

38. Karbunkulning infiltrat bosqichida qo'llaniladi:

A) Vishnevskiy mazi bilan kompress

B) Infiltrat punksiyasi

C) Proteolitik fermentlar bilan kompress

Д) Muz bilan pufak

E) Operativ davolash

39. Karbunkulning infiltrat davrida amalga oshiriladi:

A) Kesish

B) Operativ davolash

C) Giberbarik oksigenatsiya

Д) Siydik xaydovchi preparatlar

E) Antibiotik bilan elektroforez

40. Keng chuqur yiringli yara drenajida eng ko'p ratsional metodini tanlang:

A) Rezina pilikchalar ibilan

B) Polixlorvinil trubkasi bilan

C) Doka tamponlari bilan

Д) Yuvuvchi-oquvchi

E) Sistema qo'yish

41. Ko'rsatilgan faktorlardan qaysi biri organizmning sovuq oldirilishiga ko'proq moyillik beradi:

A) Tashqi muhit yuqori namligi.

B) Avitaminoz.

C) Og'ir mexnat.

Д) Ko'p miqdorda alkogol istemoli.

E) Tashqi muhit namligi yuqoriligi.

42. Ko'rsatilganlardan qaysi biri kuyish kasalligining davri hisoblanmaydi:

A) Kuyish toksemiyasi.

B) Kuyish shoki.

C) Kuyish kaxeziyasi.

Д) Kuyish septikotoksemiyasi.

E)

Rekong'ovessensiya davri.

43. Kuyish kasalligining III fazasi nima bilan asoslanadi?

A) Og'riqli tasirlanish.

B) Infeksiya qo'shilishi.

C) Plazma yo'qotish.

Д) Yemirilgan to'qima maxsulotlari so'rilishi.

E) O'lik to'qimalarning ko'chishi

44. Kuyish kasalligining II fazasi nima bilan asoslanadi?

- A) Plazma yo'qotish.
- B) Og'riqli tasirlanish.
- C) Emirilgan to'qima maxsulotlari so'rilishi.
- Д) Infeksiya qo'shilishi.
- E) O'lik to'qimalarning ko'chishi.

45. Kuyish kasalligining II va III fazalari uchun nima hos?

- A) Intoksikatsiya.
- B) Shok.
- C) To'qimalar regeneratsiyasi.
- Д) Infeksiya qo'shilishi.
- E) Leykopeniya.

46. Kuyish kasalligining noto'g'ri ko'rsatilgan klinik kechish bosqichini ko'rsating:

- A) Septikotoksemiya yoki sepsis
- B) Kuyish shoki
- C) O'tkir toksemiya
- Д) O'tkir buyrak etishmovchiligi
- E) Rekong'ovessensiya

47. Kuyish og'irlik darajasi va oqibatini aniqlashda qo'llaniladi:

- A) Postnikov tablitsasi
- B) Frank indeksi, «yuzlik qoidasi»
- C) Dolinin tablitsasi.
- Д) Vilyavin sxemasi.

E) "To'qqizlik" qoidasi.

48. Kuyish shoki uchun xarakterli:

- A) SQH(OTSK) ko'payishi
- B) Sust ko'rinishli erektil faza
- C) Torpid fazaning bulmasligi
- Д) Markaziy venoz bosimning (SVD) ko'tarilishi
- E) Yorqin ko'rinishli erektil faza

49. Kuyish shokida kuzatilmaydi:

- A) Gemokonsentratsiyalar
- B) Oligo- yoki anuriya
- C) Siydikning nisbiy zichligining oshishi
- Д) Azotemiya, proteinemiya
- E) Sirkulyasiyalanuvchi qon xajmi(OTSK) ning oshishi

50. Kuyishda birinchi yordam ko'rsatmasi xajmiga kirmaydi:

- A) Mazli bog'lama qo'yish
- B) Og'riqsizlantirish
- C) Quruq aseptik bog'lama qo'yish
- Д) Yuqori nafas yo'llari kuyganda asfiksiya profilaktikasi



E) Davolash  
muassasiga etkazishni  
tashkillashtirish

51. Kuyishda qanday  
minimal vaqt davomida lokal  
sovutish qo'llaniladi?

- A) 1–2 sek
- B) 40–60 min
- C) 15–20 min
- Д) 3–4 soat
- E) 1–2 sutka

52. Oquvchi abscess deb  
yiring yig'ilishiga aytiladi:

A) Organizm  
bo'shliqlarida

B) Birlamchi  
o'choqdan uzoqda bo'lgan  
to'qimalarda

C) Birlamchi o'choq  
sohasida

Д) Suyakning ilik  
kanalida

E) Suyakning Gavers  
kanalida

53. Peritonit sababi aniq  
bo'lmaganda aytiladi

- A) Uchlamchi
- B) Aseptik
- C) Birlamchi
- Д) Ikkilamchi
- E) Kriptogen

54. Peritonitda xirurg  
taktikasi:

A) Gemosorbsiya va  
antibiotikoterapiya

B) Konservativ  
davolash

C) Giperbarik  
va  
oksigenatsiya  
antibiotikoterapiya

Д) Shoshilinch  
operatsiya

E) Kechiktirilgan  
operatsiya

55. Peritonitning klinik  
kechishiga qarab bo'linadi:

A) O'tkir va surunkali

B) Aerob va anaerob

C) Infeksion va  
abakterial

Д) Safroi, siydikli va  
axlatli

E) Najasli

56. Peritonitning tarqalish  
darajasiga qarab

A) Asoratlangan va  
asoratlanmagan

B) Engil, o'rta, og'ir

C) Chegaralangan va  
generalizatsiyalashgan

Д) Qorin parda oldi,  
qorin parda ichi, qorin parda orti

E) Mahalliy, diffuz va  
umumiy

57. Qancha vaqtdan keyin  
kuyish chuqurligini aniqlash  
mumkin?

A) 7–14 kundan keyin

B) Bir soat ichida

C) 1–4 kundan keyin

Д) 3–4 xaftadan keyin

E) 1-2 oydan keyin

58. Saramas deb aytiladi:

A) Barmoqlar va  
kaftning yallig'lanish kasalliklari

B) Shaxsan terining o'tkir yallig'lanishi, kam hollarda shilliq qavat yallig'lanishi

C) Apokrin ter bezlarining o'tkir yallig'lanishi

Д) Yuz terisining yallig'lanish kasalliklari

E) Kaftning yallig'lanish kasalliklari

59. Saramasning barcha turlarida davolash maqsadida mazli bog'lamlar qo'llaniladi:

A) Mumkin emas

B) Eritematoz turida davolashda mumkin

C) Bullyoz turida davolashda mumkin

Д) Flegmonoz turida davolashda mumkin

E) To'g'ri javob yo'q

60. Saramasning bullyoz turida bajariladi:

A) Bulla ochiladi va tozalanadi

B) Ajralgan epidermisni kesish

C) Nekrektomiya

Д) Yumshoq to'qimalar flegmonasini ochish

E) Konservativ davolash

61. Saramasning bullyoz turiga xarakterli:

A) Flegmona

B) Giperemiya yo'qligi

C) Nekrotik o'zgargan to'qimalar borligi

Д) "Sovuq" simptomi

E) Ajralgan epidermis o'choqlari mavjudligi

62. Saramasning eritematoz turiga xarakterli:

A) Kuchsiz og'riq sezishi

B) Pristupsimon og'riq

C) Doimiy, kuchli xarakterdagi og'riq sezishi

Д) Zararlangan sohada yondiruvchi og'riq, qichishish sezgisi va isitma

E) Toshmalar toshishi

63. Saramasning flegmonoz turida yallig'lanish ochiladi:

A) Paraproktitni ochish qoidalariga asosan

B) Paraneftitni ochish qoidalariga asosan

C) Yumshoq to'qimalar flegmonasi ochish qoidalariga asosan

Д) Parakolitni ochish qoidalariga asosan

E) Mushakka

64. Sovuq oldirishda birinchi yordam sifatida qilish mumkin emas:

A) Iliq toza qo'l bilan ishqalash.

B) Qor bilan ishqalash.

C) Yumshoq to'qima bilan ishqalash.

Д) Isigan soxalarni spirt bilan artish.

E) Issiq saqlovchi bog'lama qo'yish.

65. Sovuq oldirishda degenerativ o'zgarishlar va to'qimalar nekrozining asosiy sababi:

- A) Qon oqishining buzilishi.
- B) Plazma yo'qotish.
- C) Nerv oxirlarining paralichi.
- Д) Mushaklar disfunktsiyasi.
- E) Ter ajralishi tuxtashi.

66. Sovuq oldirishda quyidagi infeksiyon asorat kuzatilmaydi:

- A) Stolbnyak.
- B) Sepsis.
- C) Lepra.
- Д) Anaerob infeksiya.
- E) Osteomielit.

67. Sovuq oldirishning doreaktiv davrida davolash tadbiriga kirmaydi:

- A) Qon aylanishni tiklash.
- B) To'qimalarni isitish.
- C) Shikastlangan to'qimalarni kesib olish.
- Д) Antibiotikoprofilaktika.
- E) Og'riqsizlantirish

68. Sovuq oldirishning kechishida reaktiv davr qanday vaqtni qamraydi?

- A) Sovuq tasiri boshidan qobiq ko'chishigacha.

B) Bevosita sovuq tasiri vaqtini.

C) Sovuq tasiri boshidan isitilguncha.

Д) Isitish vaqtini.

E) Tana temperaturasi tiklanishi vaqtini.

69. Sovuq oldirishning kechishida doreaktiv davr qanday vaqtni qamraydi?

A) Tana temperaturasi tiklanishi vaqtini.

B) Bevosita sovuq tasiri vaqtini.

C) Isitish vaqtini.

Д) Sovuq tasiri boshidan isitilguncha.

E) Sovuq tasiri boshidan qobiq ko'chishigacha.

70. Sovuq oldirishning maxalliy infeksiyon asoratlariga kirmaydi:

A) Gidradenit.

B) Limfangit, limfadenit.

C) Tromboflebit.

Д) Abssess, flegmona.

E) Roja(saramas)

71. Tananing pastki qismi kuyganda to'qqizlik qoidasi bo'yicha kuyish maydoni qancha foizni tashkil etadi?

A) 9%

B) 18%

C) 27%

Д) 36%

E) 15%

72. Tananing qaysi soxasi ko'proq sovuq oldirishga moyilroq?

- A) Quloqlar.
- B) Qo'llar.
- C) Oyoqlar.
- Д) Ko'krak qafasi va

nafas yo'llari.

- E) Bosh to'qimalari.

73. Terining cheklangan qismida furunkullarning mavjudligi bu-

- A) Lokal furunkulyoz
- B) Apostematoz
- C) Piodermiya
- Д) Saramasning

bullyoz ko'rinishi

- E) Saramasning

shishli ko'rinishi

74. Termik kuyishda birinchi yordam ko'rsatmasi xajmiga kirmaydi:

- A) Mahalliy sovuq qo'yish

B) Shikastlovchi agent tasirini to'xtatish

- C) Og'riqsizlantirish
- Д) Aseptik bog'lama

qo'yish

- E) Mazli bog'lama

qo'yish

75. «Yuzlik» qoidasi bo'yicha kuyish kasalligining kechishini prognozlash qanday hisoblanadi?

A) Chuqur va yuzaki kuyish maydoni, bemor yoshi hamda og'irligi yig'indisi.

B) Chuqur va yuzaki kuyish maydoni yig'indisi.

C) Yuzaki kuyish maydoni va chuqur kuyish maydonining uch karrasini qo'shish.

Д) Kuyishning umumiy maydoni va bemor yoshi yig'indisi.

E) Kuyishning umumiy maydoni va bemor og'irligi yig'indisi

### Javoblar

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
A	C	B	A	B	A	D	A	B	E	C	A	D	B	E
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
B	D	A	E	C	B	E	C	A	D	B	A	B	E	C
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
A	B	A	D	E	B	B	A	E	D	A	C	B	C	A
46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
D	B	E	E	A	C	B	E	D	A	E	C	B	A	A
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
E	D	C	B	A	C	C	E	D	A	B	C	A	E	D

## FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

### Asosiy adabiyotlar

1. Kuzin M.I. <<Xirurgicheskie bolezni>> Moskva <<Meditsina>> - 2018 g Str. 366-375.
2. Savelev V.S., Kirienko A.I. <<Klinicheskaya xirurgiya>> natsionalnoe rukovodstvo v trex tomax, Moskva <<GEOTAR - Media>> 2010 g. T - 2. Str 626-666.
3. Grinyov M.V., Korolkov A.O., Grinyov K.M., Beybaloev K.Z. Nekrotiziruyushiy fassiit - klinicheskaya model razdeel zdrovooxranenie meditsina kriticheskix sostoyaniy // Vestn. xirurgii 2013 № 2. S. 32-38.
4. Abdullaev S.A., Shoboev A.O., Bolezn Furne. Materialam IV nauchnogo - prakticheskoy konferensii molodyx uchenyx s mejdunarodnym uchastiem "Zavadskie chteniya" 21 marta 2009 goda. Rostov na Donu. str. 183-184.
5. Aliev S.A., Aliev E.S. Gangrena Furne - Aktualnye aspekty staroy bolezni v svete sovrimennyx predstavleniy o patogeneze // Vest.xir. 2014. № 2.
6. Aliev S.A. Rafiev S.F., Rafiev F.S., Aliev E.S. Bolezn Furne v praktike xirurga // Xirurgiya. Jurnal im. N.I. Pirogova 2008. №11. str. 58-63.
7. CHerepanin A.I., Svetlov K.V., CHernov A.F., Barmin E.V. Drugoy vzglyad na "Bolezn Furne v praktike xirurga"//Xirurgiya. Jurnalim. N.I. Pirogova. 2010. №10. str. 47-50.
8. Aliev S.A., Aliev E.S., Zeykleev B.M. Gangrena Furne v svete sovrimennyx predstavleniy. Xirurgiya 2014. № 4. str. 34-39.
9. Ersay A., Julmaz Y. et al Factors affecting mortality of Fourniers gangrene review of 70 patients // ANZ J.Surg. 2007 vol.77. № 1-2 P. 43-48.
10. Мальцева Л.А. Мосенцев Н.Ф. Летучая Л.А. Абдоминальный сепсис: ключевые вопросы диагностик и интенсивной терапии// Украинский журнал экстремальной медицины имени Г.О.Можаева 2011 Т.12 №4. С.5-10.
11. Корекция нарушения микроциркуляции при распространённом гнойном перитоните А.А Кососких С.Л Кан Ю.А Чурлаев Э.В. Бикова// Хирургия. 2012.№6 С. 41-44.

12. Кочетов А.В. Гудилов М.С Клинико-лабораторная диагностика и мониторинг гнойно-септических осложнений после операциии на органах брюшной полости//новости хир.2015Т.23№1 С. 105-111.

13. Гамзатов Х.А., Гуржи Д.В., Лазарев С. М и другие Оценка эндогенного тромбинового потенциала и влияние на него разных режимов гепаринотерапии у больных с абдоминальным сепсисом// Веснтн.хир.2012. № 5. С. 31-36

14. Александрович Ю.С. Гордеев В.И. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояниях 2-е изд. доп. и испр. СПб: эль би -СПБ., 2010.с.248

15. Маскин С.С., Карсонов А.М, Девренцева Т.В и другие. Деференцированный выбор тактических решений при генерализованной внутри брюшной инфекции// Масков.хирург. журн.2015№1 с.36-45.

16. Turina M., Cheadle W.G. Management of established surgical site infections. Surg Infect (Larchmt) 2006;7(Suppl. 3):33-41.

17. Fry D.E. The surgical infection prevention project: processes, outcomes, and future impact. Surg Infect (Larchmt) 2006,7(Suppl. 3):17-26  
26. Guidelines on Prevention and Control of Hospital Associated Infections. World Health Organization 2002:50.

18. Razavi SM, Ibrahimpoor M, Sabouri Kashani A, et al. Abdominal surgical site infections: incidence and risk factors at an Iranian teaching hospital. BMC Surg 2005; 5:2 - 7.

19. Stevens D.L., Bisno A.L., Chambers H.F, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft-tissue infections. Clin Infect Dis 2005;41(10):1373-06.

20. Веткина И.Ф., Комаринская Л.В., Ильин И.Ю., Соловьева М.В. Современный подход к выбору дезинфицирующих средств в системе профилактики внутрибольничных инфекций. М., 2005, Вып. 7. - С. 13-20.

21. Гельфанд Б.Р., Белоцерковский Б.З. Проценко Д.Н. Нозокомиальная пневмония в хирургии. Методические рекомендации РАСХИ. М., 2003. 24 с.

22. Зайцева З.В., Ульянова В.Л., Солонинкина Л.Ф. Единая тех - нологическая линия по профилактике внутрибольничных инфекций в периоперативной практике // Медицинская сестра, 2007 -№ 2.-С. 5-6.

23. Закиров И.И., Кумирова Э.В. Долговременный венозный доступ в педиатрии. Стратегия снижения частоты катетерассоциированных инфекций // Медицинская сестра, 2007. - № 3. - С. 22-23.
24. Коршунова Г.С. Состояние заболеваемости внутрибольничными инфекциями в Российской Федерации // Главная медицинская сестра 2006. № 8.-С. 41-44.
25. Craven D.E., Palladino R., McQuillen D.P. Healthcare-associated pneumonia in adults: management principles to improve outcomes. *Infect Dis Clin N Am* 2004; 18:939-962.
26. Справочник по антимикробной химиотерапии / Под ред Л.С. Страчунского. Смоленск. 2006. 384 с.
27. С.А. Абдуллаев, С.Т. Хужабаев, М.М. Дусияров, И.М. Рустамов. Тактика хирургического лечения гнойно-некротических осложнений мягких тканей у больных сахарным диабетом и диабетической стопы // *Research Focus*. - 2023. Т.2.-№. 1. - С. 399- 404.
28. Abdullaev S., Akhmedov A. T. A., Djalolov D. Problems of surgical tactics for the treatment of diabetic foot syndrome // *International Journal of Advanced Science and Technology*. - 2020. - Т. 29. - No. 5.-С. 1836-1838.
29. Abdullaev S. et al. Features of Complex Surgical and Infusion Treatment of Sepsis in Diabetes Mellitus // *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. - 2021. - С. 2283-2288.
30. Abdullaevich A. S. et al. Problems of Sepsis Diagnostic and Treatment in Diabetes Mellitus // *American Journal of Medicine and Medical Sciences*. - 2020.-Т. 10. No. 3.-С. 175-178.
31. Abdullaev S. et al. Problems of Diagnostics, Prevention and Surgical Tactics of Treatment of Adhesive-Intestinal Obstruction // *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. - 2021. - С. 2289-2294.
32. Абдуллаев С.А., Джалолов Д. А. Особенности течения болезни Фурнье при сахарном диабете // *Наука в современном мире: приоритеты развития*. - 2020. - №. 1. - С. 9-11.
33. Абдуллаев С. А. и др. Прогнозирование тяжести травмы и исхода лечения пострадавших с сочетанной травмой груди и живота // *Скорая медицинская помощь* - 2003.-Т. 4.- No. 4.-С. 19-20.
34. Абдуллаев С. А. и др. Классификация сочетанной травмы груди и живота // *Скорая медицинская помощь*. - 2003. - Т. 4. - № 4. - С. 18-18

35. Абакумов М. М. и др. Разрывы диафрагмы при сочетанных повреждениях груди и живота // Вестн. хир. - 1991. - № 5-6. - С. 64-68.
36. Abdullaev S. A. et al. Surgical tactics for the treatment of sepsis in diabetes mellitus // in science and innovation in the 21st century: current issues, discoveries and achievements. - 2019.-С. 190-194.
37. Абдуллаев С. и др. Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у обожженных //Журнал вестник врача. - 2012. - Т. 1. - №. 03. - С. 12-13
38. Шеркулов К.У., Рустамов И.М., Усмонкулов М.К. Результаты лечения больных острым гангренозно некротическим парапроктитом //Research Focus. - 2023. - Т. 2. - № 1.-С. 483-486.
39. M. Rustamov, J.A. Karabayev. Modern approach to the treatment of patients with acute gangrenous-necrotic paraproctitis //Research Focus. - 2023. Т. 2.- No. 1.- С. 469-472.
40. Murodulla R. et al. A rare case of keratoakontoma //Thematics Journal of Education. - 2022.-Т.7.- No. 3.
41. Рустамов М. И. и др. Современная тактика лечения острого парапроктита //Журнал биомедицины и практики. - 2022.-Т. 7.- № 2.
42. Rustamov M.I., Rustamov I.M., Shodmonov A.A. Optimising surgical management of patients with acute paraproctitis //Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal. - 2022. - Т. 2.-№.02.-С. 36-42.
43. Рустамов М.И., Давлатов С.С, Сайдуллаев З.Я, & Рустамов И.М. Хирургическое лечение больных гангреной Фурнье //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. - 2020. Т. 1. - No. 2.-С. 69-71.
44. Рустамов И.М., Кан С.А., Рустамов М.И., Шербекоев У.А., Дусияров, М. М. А результатов хирургического лечения больных гангреной Фурнье //Современные технол актуальные вопросы, достижения и инновати. - 2017. – С. 83-86.
45. Алиев С.А., Алиев С.Э. Абдоминальный сепсис: состояние проблемы, интеграль системы оценки тяжести течения и критерии прогнозирования исхода. Архив патологии 2018 108-112.
46. Гельфанд Б. Р., Проценко Д. Н., Гельфанд Е.Б. и др. Абдоминальный сепсис: стратегия интенсивной терапии // Анестезиол. и реаниматол. 2006. No 6. С. 4-12. [Gelfand B. R., D. N.,



Gel'fand E.B. va boshq. Abdominal'nyj sepsis: strategiya intensivnoj terapii // Anesteziologiya i reanimatologiya. 2006. No 6. P. 4-12].

47. Мальцева Л. А., Мосенцев Н. Ф., Летучая Л. А. Абдоминальный сепсис: ключевые вопросы диагностики и интенсивной терапии // Украинський журнал екстремальної медицини імені Г. О. Можаява 2011 Т. 12, No 4. С. 5-10. [Mal'ceva L.A., Mosencev N. F., Letuchaya L. A. Abdominal'nyj sepsis: ključevye voprosy diagnostiki i intensive nojterapii // Ukrains'ki jzurnal jekstremal'no medicini imeni G. O. Mozhaeva 2011. No 4. P. 5-10].

48. Коррекция нарушений микроциркуляции при распространенном гнойном перитоните / А. А. Косовских, С. Л. Кан, Ю. А. Чурляев, Е. В. Быкова // Хирургия. 2012. № 6. С. 41-44. [Kosovskih A. A., Kan S. L., Churlyayev Yu. A., Bykova E. V. Korrekciya narushenij mikro- cirkulyacii pri rasprostranennom gnojnom peritonite // Khirurgiya. 2012. No 6. P. 41-44].

49. Кочетков А.В., Гудиллов М.С. Клинико-лабораторная диагностика и мониторинг гнойно-септических осложнений после операций на органах брюшной полости // Новости хир. 2015. Т. 23, № 1 С. 105-111. [Kochetkov A. V., Gudilov M. S. Klinikolaboratornaya diagnostika i monitoring gnojnosepticheskih oslozhnenij posle operacij na organah brjushnoj polosti // Novosti khirurgii. 2015. No 1. P. 105-111].

50. Гамзатов Х.А., Гуржий Д. В., Лазарев С. М. и др. Оценка эндогенного тромбинового потенциала и влияние на него разных режимов гепаринотерапии у больных с абдоминальным сепсисом // Вестн. хир. 2012. № 5. С. 31-36. [Gamzatov H. A., Gurzhij D. V., Lazarev S. M. i dr. Ocenka jendogenного trombinovogo potenciala i vliyanie na nego raznyh rezhimov geparinoterapii u bol'nyh s abdominal'nyj sepsisom // Vestnik khir. 2012. № 5. P. 31-36].

51. Bone R. Sir Isaac Newton, Sepsis, SIRS and CARS // Crit. Care Med. 1996. Vol. 26, No 7. P. 1125-1127.

52. Bone R. C., Balk R. A., Cerra F. B. et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis: Society of Critical Care Medicine Consensus Conference // Chest. 1992. Vol. 101. P. 1644-1665.

53. Koperna T., Semmler D. Marian F. Risk Stratification in Emergency Surgical patients: Is the APACHE II Score a reliable marker of physiological impairment? // Arch. Surg. 2001. Vol. 136. P. 55-59

54. Александрович Ю. С. Гордеев В. И. Оценочные и прогностические шкалы в медицине критических состояний. 2-е изд. доп. и испр. Спб.: ЭЛБИ-СПб., 2010. 248 с. [Aleksandrovich Yu. S., Gordeev V. I. Ochenochnye i prognosticheskie shkaly v medicine kriticheskikh sostojanij. 2-e izd. dop. i ispr. SPb.: JeL'BI-SPb., 2010. 248 p.].

55. Bootman D. A., Reichrath J. New basic science initiative for improved understanding of radiation-induced multi-organ dysfunction syndrome (MODS) // Br. J. Radiol. 2005. Vol. 27. P. 157-160.

56. Vincent J.-L. Organ dysfunction s an outcome measure: The SOFA Score // Sepsis. 1997. Vol. 1, No 1. P. 53-54.

57. Маскин С. С., Карсанов А.М., Дербенцева Т. В. и др. Дифференцированный выбор тактических решений при генерализованной внутрибрюшной инфекции // Москов. хирург. журн. 2015. № 1. С. 36-41 [Maskin S. S., Karsanov A. M. Derbentceva T. V. i dr. Differentcirovannyj vybor takticheskikh resheniy pri generalizovannoj vnutribrjushnoy infektcii // Moskva khir. zhurn. 2015. No 1. P. 36-41].

58. Knaus W., Douglas P., Wagner D. et al. The APACHE III Prognostic System: Risk Prediction of Hospital Mortality for Critically III Hospitalized Adults // Chest. 1991. Vol. 100. P. 1619-1636.

59. Бенсман В.М., Савченко Ю.П., Щерба С. Н. и др. Способы закрытия лапаротомной раны при распространенном перитоните // Хирургия 2016. No 7. С. 30-35. [Bensman V. M., Savchenko Ju. P., Shherba S. N. i dr. Sposoby zakrytiya laparotomnoj rany pri rasprostranennom perito- nite // Khirurgiya. 2016. No 7. P. 30-35].

#### **Qo'shimcha adabiyotlar:**

1. Pod. red. Savelev V. S. 50 leksiypoxirurgii. Moskva 2010.
2. CHastnaya xirurgiya. Uchebnik dlya meditsinskix Vuzov. Pod. red. Shevchenko YU.L. Moskva GEOTAR - Media. 2004. 478 s.
3. Bootman D.A. Reichrath J. New basic science initiative for improved understanding of radiation-induced multi-organ dysfunction syndrome (MODS)//Br.J. RADIOL. 2005. Vol. 27.P.157-160.
4. Коперна Т., Семмиер Д., Марьян Ф., Risk stratification in emegancy sugical patients: is the APACHE // score a reliable marker of phisyological impairmant? //arch. surg.2001. vol. 136.p. 55-59.

5. Chawla S., Gallop C., Mydlo J. Furniers Gangrene. An Analysis of Repeated Surgical Debridement // Philadelphia, USA. 2002. P. 572-575.

6. КопернаТ., СеммиерД., МариянФ., Risk stratification in emegancy sugical patients: is the APACHE // score a reliable marker of phisyological impairmant? //arch. surg.2001. vol.136. p. 55-59.

### **Elektron adabiyotlar:**

1. Xirurgicheskie bolezni (Pod. red. Savelev V.S., Kirienko A.I. ucheb s kompakt - diskom v 2-tomax, Moskva GEOTAR - Media, 2015, -t 1-603 s)

2. Xirurgicheskie bolezni (Pod. red. Savelev V.S., Kirienko A.I. ucheb s kompakt - diskom v 2-tomax, Moskva GEOTAR - Media, 2015, -t 2-397s)

3. Klinicheskaya xirurgiya: natsionalnoe rukovodstvo 3-x t./ Pod. red. Saveleva V.S., Kirienko A.I. ucheb s kompakt - diskom v 2-tomax, Moskva GEOTAR - Media, 2010, -t 1-864 s +DISK

### **Mavzu bo'yicha internetdagi saytlar:**

<http://www.moodle.sammi.uz>

[http:// medi.ru/doc/83.](http://medi.ru/doc/83)

htm [http:// www.rmj.net/index](http://www.rmj.net/index)

htm [http:// www.consillium-medicum.com/media/refer](http://www.consillium-medicum.com/media/refer)

[http:// www.mediasphera.aha.ru](http://www.mediasphera.aha.ru)

<http://www.ziyonet.uz>

[http:// www.doktor.ru](http://www.doktor.ru)

**Abdullayev S.A., Xo'jaboyev S.T., Dusiyarov M.M**

# **XIRURGIK INFEKSIYA VA SEPSIS**

*O'quv qo'llanma*

*Guvohnoma raqami: G/000126-2023*

**“SAMARQAND”** nashriyoti

*Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA*

*Musahhih — Anvar UMRZOQOV*

*Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV*

*Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA*

*Dizayner — Davron NURULLAYEV*

**“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.**

**Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.**

**Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.**

**Bosishga 31.08.2023 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 1**

**Bichimi 60x841/16. “Times New Roman” garnitulasi. 12,32 bosma taboq.**

**Adadi: 200 nusxa. Buyurtma raqami: 148/2023**

**Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: [sarvarmexrojbaraka@gmail.com](mailto:sarvarmexrojbaraka@gmail.com)**

