

**M.N. NORBEKOV,
U.X. XAYITOV**

**BOLALARDA YUMSHOQ
TO'QIMALARNING YIRINGLI
YALLIG'LANISH
KASALLIKLARI**

O'QUV QO'LLANMA

SAMARQAND

2024

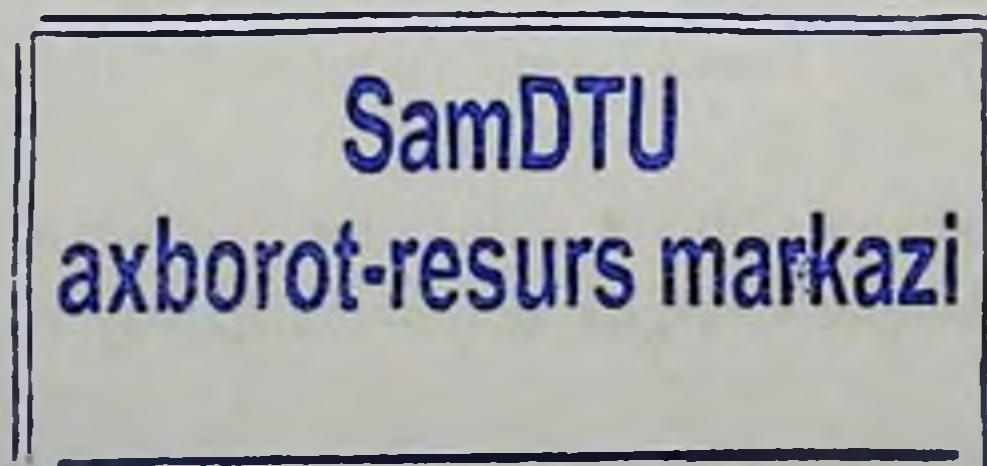


**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

M.N. NORBEKOV, U.X. XAYITOV

**BOLALARDA YUMSHOQ
TO‘QIMALARNING YIRINGLI
YALLIG‘LANISH KASALLIKLARI**

O‘QUV QO‘LLANMA



SAMARQAND – 2024

UO'K: 616-002.3(075)

X 18

KBK: 57.33ya73

M.N. Norbekov, U.X. Xayitov

Bolalarda yumshoq to'qimalarning yiringli yallig'lanish kasalliklari [Matn]: o'quv qo'llanma / Samarqand davlat tibbiyot universiteti – Samarqand.: "STEP-SEL" MChJ nashriyoti, 2024 - 109 bet.

Taqrizchilar:

Xamroev A.J. - Toshkent pediatriya instituti Gospital bolalar xirurgiyasi kafedrası professori, t. f. d.

Ataqulov J.O. - Samarqand Davlat tibbiyot universiteti 1-son bolalar xirurgiyasi kafedrası professori, t. f. d.

Mazkur o'quv qo'llanmada bolalarda ko'p uchraydigan yiringli – yallig'lanish kasalliklar ta'rifi, tasnifi, klinikasi, diagnostikasi, differensial dagnostikasi va davolash usullari yoritilgan. Bu kasalliklarning kechishida bolalardagi anatomo-fiziologik xususiyatlar va asoratlariga keng to'xtalib o'tilgan. Kasalliklarni yoritishda viziual usullariga, jumladan fotosur'atlar, ilyustratsiyalar va jadvallardan foydalanilgan.

Qo'llanma yakunida keltirilgan mavzuga oid test va holatliq masalalar yiringli kasalliklarni mohiyatini o'zlashtirishda yordam beradi.

O'quv adabiyot tibbiyot oliygohlari talabalari, klinik ordinatorlar, magistrlar va bolalar xirurglari uchun mo'ljalangan.

O'quv qo'llanma universitet Kengashining 2023 yil 5 - maydagi majlisda muhokama qilingan va nashrga tavsiya etilgan. (A/F 215 -sonli bo'rug'i. Ro'yxatga olish raqami G/00088-2023).

ISBN: 978-9910-720-35-2

© M.N. Norbekov, U.X. Xayitov, 2024 y.

© "STEP-SEL" MChJ nashriyoti, 2024 y.

“Men o‘z faoliyatimni boshlaganimda birinchi og‘riqli hissiyot-.... universitetda olgan bilimlarim yiringli kasalliklarni diagnostikasi va davolashida haddan tashqari ojiz bo‘ldi, ammo, ular shifokor uchun jarrohlikdagi eng muhim, kundalik faoliyatidagi eng zaruriyat bo‘lib chiqdi...”
V. F. Voyno-Yaseneskiy

KIRISH

V. F. Voyno-Yaseneskiy tomonidan tasvirlangan ushbu vaziyatga-yiringli jarrohlik sohasidagi amaliyotini boshlagan har qanday shifokor albatta shubhasiz duch kelgan. Afsuski, hozirgi davrda yiringli kasalliklarning keng tarqalganiga qaramay, ularni diagnostikasi va davolash usullari to‘g‘risidagi savollar yechimi talabalar va yosh shifokorlarni tayyorlashda deyarli o‘zgarmadi. Bu holatga bugungi kunda yiringli xirurgiya buyicha o‘quv dasturlari va adabiyotlarini hajmi va bilim sifati hamda yiringli jarrohlikdagi amaliy ko‘nikmalarining tibbiyot oliygohlarida yetarlicha salmoqqa ega emasligi bilan izohlash mumkin.

Yiringli jarrohlik kasalliklari bilan shug‘ullanmaydigan shifokorlar orasida yumshoq to‘qimalarning yiringli jarayonlari jarrohlikda juda oddiy va ilmiy va jarrohlik tomonidan jozibasiz degan fikrlar keng tarqalgan. Bu nuqtai nazar jarrohlik infeksiyasi va bemorlarni davolashdagi o‘ziga xos xususiyatlar va imkoniyatlarini tushunmaslik bilan bog‘liqdir. Yiringli jarrohlikka bo‘lgan sovuq munosabat jarrohning har kungi amaliyotida yumshoq to‘qimalar infeksiyasi bo‘lgan bemorlarni davolashda muntazam ravishda muammolarga duch keladi.

Zamonaviy nashrlarda, yumshoq to‘qimalarning yiringli yallig‘lanish kasalliklari diagnostikasi, klinikasi va davolash masalalari oid asosiy nazariy va amaliy sohalari keng yoritib berilgan. Biroq, yiringli jarrohlik uchun katta ahamiyatga ega bo‘lgan tasviriy yoritish tomonlari yetarli emas. Ehtimol, boshqa jarrohlik ixtisosliklarida kasalliklar asoratlari va patologik jarayonlar, shuningdek, ularni davolash usullariga bo‘lgan vizual tasvirlar ehtiyoji dolzarb bo‘lmasligi

mumkin. Yiringli jarohlikda tasvirlar klinik va amaliy ko'nikmalarni o'zlashtirish uchun ahamiyati muhim, busiz jarohlik infeksiyasi materiallarini har tomonlama to'liq idrok yetish mumkin emas. Bu yo'lda esa materialning vizual taqdimoti yaqqol sezilarli yordamni ta'minlaydi.

Yiringli infeksiya bolalar jarrohligida eng dolzarb muammolardan biri bo'lib hisoblanadi. Yiringli jarrohlik infeksiyasining patogenezida uchta muhim omil mavjud: qo'zg'atuvchi, bemorning o'z mikroflorasi va uning reaktivligi. Rus patologoanatomi I.V. Davidovskiyning so'zlariga ko'ra, yiringli infeksiya "sensibilizatsiyalangan organizmning endogen autoinfeksiyasidir." Yallig'lanish jarayonini amalga oshishi uchun tanadagi antigenli qo'zg'alish xususiyati immunitet tizimining himoya imkoniyatlaridan oshib ketishi kerak. Bu jarayon organizmdagi tabiiy mikrofloraning mavjud bo'lgan rezervuarlarida (masalan, oshqozon-ichak trakti, nafas olish yo'llari, teri) qo'zg'atuvchining haddan tashqari ko'payib ketganida sodir bo'lib, zararlangan organga translokatsiyasi kuzatiladi.

Tabiatda yiringli infeksiyaning o'ziga xos qo'zg'atuvchilari mavjud emas. Ularning barchasi tananing tabiiy rezervuarlarida ma'lum bir yoki boshqa miqdorda va sifatda o'sadi. Biroq, muayyan sharoitlarda ularning patogenlik darajasi o'zgaradi. Yiringli jarrohlik infeksiyasining qo'zg'atuvchilari (soni kamayishi bilan) gram-musbat mikroorganizmlar guruhiga mansub stafilokokklar, birinchi navbatda *S. aureus* va streptokokklar, shuningdek gram-manfiy bakteriyalarning katta guruhi (ko'k yiringli, ichak tayyoqchalari, klebsiella va boshq.) va anaerob klostridial bo'lmagan mikroorganizmlar (bakteroidlar, fuzobakteriyalar, petrostreptokokklar, propionobakteriya-lar va boshq.). 60% dan ortiq zararlanish holatlarida bir nechta mikroorganizmlarning assotsiatsiyasi topiladi. Qo'zg'atuvchilarda turli xil fermentlar agressiyasi (gialuronidaza, fibrinolizin, koagulaza), toksinlari (gemolizin, leykotsidin, halokatli toksin, enterotoksin va boshqalar.) mavjudligi ularning to'qimalar va organlarga kirib borishiga sharoit yaratadi va shu bilan kasallikning turli shakllarda va turli og'irlikda kechishini ta'minlaydi.

Umid qilamizki, taqdim qilingan ushbu o'quv qo'llanma talabalarga va o'z amaliyotni endi boshlayotgan yosh jarrohlarga va o'z faoliyatida yiringli yallig'lanish kasalliklari va ularning asoratlari bilan to'qnashadigan turli mutaxassisliklardagi shifokorlarga amaliy yordam beradi, shuningdek xirurgik infeksiyani tashxislash va davolash sifatni yaxshilashga hissa qo'shadi.

Biz hamkasblarimizdan ushbu qo'llanmani o'qish davomida aniqlanadigan kamchiliklar, sharhlar va takliflar uchun minnatdorchilik bildiramiz.

FURUNKUL (KXT-10 L02).

Bitta soch xaltachasi va unga ochiladigan yog' bezlarining atrof to'qimalari bilan birgalikda o'tkir yiringli yallig'lanishiga furunkul deyiladi.

Etiopatogenezi. Furunkulni asosan tillarang stafilokokk va stafilokokk assotsiatsiyalari chaqiradi. Dastlab yallig'lanish soch xaltachasida boshlanadi (follikulit) va keyinchalik u yog' beziga va teri osti yog' kletchatkasiga o'tadi. Teri butunligining buzilishi, shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilinmasligi, teri kasalliklari, organizm himoya qobiliyatining (gipo-, avitaminoz, oshqozon - ichak faoliyati buzilishi, surunkali infeksiya, qandli diabet, yetarli darajada ovqatlanmasligi hisobiga) kuchsizlanishi furunkulning kelib chiqishi uchun moyillik yaratuvchi asosiy omillar bo'lib hisoblanadi.



1-rasm. Furunkul absessga o'tish bosqichi

Furunkul bolalarda maktab yoshidan boshlab ko'proq uchraydi. Kasallik terining sochsiz qismlarida, ya'ni qo'l va oyoqlarning kaft yuzalarida uchramaydi.

Klinikasi. Kasallikning klinik kechishida 2 ta bosqich tafovut qilinadi: infiltratsiya va absessga o'tish bosqichi (1-rasm). Furunkul terining ma'lum bir qismida qichishish va sanchiq kabi klinik belgilar bilan boshlanadi. Keyin bitta soch xaltachasi atrofida shish, qizarish, teridan ko'tarilib turuvchi infiltrat va og'riq paydo bo'ladi. Teri och pushti rangga kirib yaltirab turadi. Kasallik teri osti yog' qatlami kam sohalarda (lab, peshona, burun) va yorg'oqda joylashgan bo'lsa shish atrof to'qimalarga sezilarli darajada tarqaladi. Og'riq kuchsiz bo'lib, u kiyim tekkanda va harakatlenganda kuchayadi. Yallig'lanish o'chog'ining markazida yiringli pufakcha hamda soch xaltachasi atrofida o'lgan va yiring bilan shimilgan to'qimalardan hosil bo'lgan nekrotik o'zak ko'zga tashlanadi. Keyinchalik yara yiringli-nekrotik massalardan tozalanadi, granulyatsion to'qimalar bilan qoplanadi va bitadi.



Furunkul infiltratsiya bosqichi



Abssessga o'tish bosqichi

Davolash sxemasi



Furunkul kasalligida bemorlarning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, og'ir va asoratlanganda o'ta og'ir bo'ladi. Ularni ishtahasizlik, damonsizlik, tana haroratining ko'tarilishi hamda yallig'lanish jarayonining burun va tashqi eshituv yo'llarida kechishida mahalliy tomondan kuchli og'riq bezovta qiladi. Kasallikning yuz va bo'yin sohalarida uchrashi og'ir kechib har xil asoratlarni keltirib chiqaradi. Ayniqsa, yuz furunkullari va uning og'iz burchagidan yuqorida (yuqori lab, burun-lab burmasi, burun, suborbital soha) joylashishi juda xavflidir. Ba'zan bemorlarda yuz venalari tromboflebiti, yiringli meningit, sepsis, flegmona, limfangit, limfadenit kabi asoratlar kuzatiladi. Yuz venalarining avj olib boruvchi tromboflebiti odatda furunkul ichidagi o'zakni siqib chiqarishga harakat qilishdan so'ng rivojlanadi. Bunday holatlarda yuzda shish ko'payib boradi, kengaygan, og'riqli venalar paypaslanadi. Bemorlarning ahvoli birdan og'irlashadi, tana harorati 39-40⁰S gacha ko'tariladi, ensa mushaklari rigidligi, ko'rishning buzilishi yuzaga chiqadi. Har xil mualliflar ma'lumotlariga qaraganda ushbu asoratlardan o'lim 9% dan 65% gacha boradi.

Differensial diagnozi. Furunkul kasalligini karbunkul, psevdofurunkulyoz, abscess, flegmona, gidradenit va spesifik kasalliklar hisobiga rivojlanadigan granulyomalardan farqlash lozim.

Davosi. Bemorlarni davolash kompleks ravishda yiringli infeksiyani davolashning qoidalari asosida olib boriladi. Bunda makroorganizmga ta'sir qilishning roli juda kattadir. Bemorlarga aktiv (immunomodulin, timalin, T-aktivin, metiluratsil va h.) va passiv (qon, plazma, immunoglobulin, antistafilokokkli gammaglobulin va h.) immunostimulyatsiya o'tkaziladi. Antibiotiklar, sulfanilamid va desensibilizatsiya-lovchi dorilar, vitaminlar buyuriladi. Kasallik yuz va bo'yinda uchraganda hamda ular asoratlanganda antibiotiklar katta dozada yuboriladi. Bunda antibiotiklarni regionli limfotrop yo'l bilan kiritish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Mahalliy davo kasallik bosqichiga qarab o'tkaziladi. Infiltratsiya bosqichida konservativ davo qo'llaniladi. O'sha soha spirt, yod va yodopiron eritmaları bilan ishlov beriladi. Fizioterapevtik muolajalar

(UBN, UYuCh, lazer) tayinlanadi. Shundan so'ng yarimspirtli, gipertonik va malhamli bog'lamlar qo'yiladi. Ba'zan infiltrat atrofi keng spektrli antibiotik - novokainli blokada qilinadi. Ayrim hollarda shu qilingan muolajalardan so'ng infiltrat so'rilib ketadi. Kasallikning absessga o'tish bosqichida bemorlar operativ yo'l bilan davolanadi. Operatsiya umumiy yoki mahalliy og'riqsizlashtirish ostida bajariladi. Bunda yiringli bo'shliqni yaxshilab tozalashning ahamiyati juda katta. Jarohat yiringli-nekrotik massalardan tozalanadi, antiseptik eritmalar (3% li N_2O_2 , furatsillin) bilan yuviladi va gipertonik (10%, 20%, 30% li NaCl) bog'lam qo'yiladi. Operatsiya paytida yiringli bo'shliqqa past chastotali ultratovush bilan ishlov berish yaxshi natija beradi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarning jarohatiga UYuCh, geliy-neonli lazer tavsiya etiladi va granulyatsion to'qimalar paydo bo'lgandan boshlab malhamli bog'lamlarga o'tiladi.

FURUNKULYOZ

Tananing turli sohalarida joylashgan bir nechta soch xaltachalari va ularga ochiladigan yog' bezlarining atrof to'qimalari bilan birgalikda yiringli yallig'lanishiga furunkulyoz deyiladi.

Ushbu kasallikni tanada tarqoq joylashgan bir nechta furunkul sifatida ham qarash mumkin (2-rasm).



2-rasm. Tanada tarqoq joylashgan bir nechta furunkullar

Etiopatogenezi. Furunkulyozni ham tillarang stafilokokk va stafilokokk assotsiatsiyalari chaqiradi. Furunkulyoz sistemali kasallik bo'lib, tananing har joyida bir nechta furunkullar chiqishi bilan xarakterlanadi. Organizm immunobiologik reaktivligining susayishi va moddalar almashinuvining buzilishi kasallik kelib chiqishi uchun moyillik yaratuvchi asosiy omillar bo'lib hisoblanadi. Tananing ma'lum bir sohasida bir nechta furunkullar paydo bo'lsa

mahalliy furunkulyoz deyiladi. Furunkullarning bir necha oy yoki yillar davomida chiqib, yo`qolib, yana qayta chiqsa surunkali, qaytalanuvchi furunkulyoz deb ataladi. Kasallik asosan dumba, son va tananing orqa qismida joylashadi va maktab yoshidan boshlab ko`proq uchraydi.

Klinikasi. Furunkulyozda ham 2 ta bosqich: infiltratsiya va absessga o`tish bosqichlari tafovut qilinadi. Kasallik tananing bir yoki bir nechta joyida qichishish, shish, qizarish va sanchib turuvchi og`riq paydo bo`lishi bilan boshlanadi. Paypaslaganda o`sha sohada teridan ko`tarilib turuvchi infiltrat va og`riqning kuchayishi aniqlanadi. Furunkuldagi kabi bu yerda ham yiringli pufakcha va nekrotik o`zak hosil bo`ladi. Tananing turli qismlarida joylashgan furunkullarda yallig`lanish jarayoni bir vaqtda va bir xil tartibda kechmaydi. Bir nechta furunkullarda absessga o`tish bosqichi aniqlansa, aksincha, boshqalarida endigina infiltratsiya bosqichi boshlanayotgan bo`lishi mumkin. Ba`zan davo kursi yakunlanib bemorlar uyiga javob berilayotganda yana yangi furunkullar chiqadi va shu holat bir necha oy yoki yildan so`ng takrorlanadi (surunkali, qaytalanuvchi furunkulyoz). Bemorlarning umumiy ahvoli o`rtacha og`irlikda bo`ladi. Ularda surunkali immuntanqislik holati (immunologik tekshirishlarda) va anemiya aniqlanadi. Kasallikning yuz va bo`yinda uchrashi xavfli bo`lib, bunda ba`zan furunkul kasalligida bo`lgani kabi asoratlarni keltirib chiqaradi.

Differensial diagnozi. Furunkulyoz kasalligini psevdofurunkulyoz, absess, flegmona, gidradenit, spesifik kasalliklar hisobiga vujudga keladigan granulyomalardan farqlash kerak.

Davosi. Furunkulyoz bilan og`rigan bemorlarni davolash yiringli kasalliklarni davolashning 3 ta qoidasidan va kasallikning bosqichidan kelib chiqqan holda kompleks ravishda olib boriladi (furunkulning davosiga qarang). Bunda bola organizmining himoya qobiliyatini oshirishga asosiy e`tibor qaratiladi. Bemorlarga to`g`ridan-to`g`ri qon quyish, autogemoterapiya, achitqi konsentratlari, antistafilokokkli dorilar (plazma, gammaglobulin, anatoksin), timalin, T-aktivin, immunomodulin, metiluratsil buyuriladi. Antistafilokokkli plazma (4-8 ml/kg) 2-3 kunda bir marta vena ichiga tomchilatib quyiladi.

Antistafilokokkli gammaglobulin (5-10 XB/kg) kuniga yoki ikki kunda bir marta mushak ichiga yuboriladi. Antistafilokokkli anatoksin sxema bo'yicha (0,1-0,3-0,5-0,7-1,0-1,5-2,0) 2-3 kunda bir marta teri ostiga kiritiladi.

KARBUNKUL

Tananing ma'lum bir sohasida yonma-yon joylashgan bir nechta soch xaltachalari va ularga ochiladigan yog' bezlarining atrof to'qimalari bilan birgalikda o'tkir yiringli yallig'lanishiga hamda ularning qo'shilib ketishiga karbunkul deyiladi (3-rasm).



3-rasm. Buyin orqa sohasidagi karbunkul

Etiopatogenezi. Kasallikni ko'pincha tilla rang stafilocokk chaqiradi, lekin ayrim holatlarda uni stafilocokk assotsiatsiyalari hamda soch follikulalariga kirib olgan streptokokkning o'zi ham qo'zg'atishi mumkin. Kasallik rivojlanishi uchun moyillik yaratuvchi omillarga organizmning

umumiy va modda almashinuvi buzilishi kasalliklari (qandli diabet, semirish, ozib ketish), gipo -, avitaminozlar hisobiga himoya qobiliyatining kuchsizlanishi va yuqori virulentli mikroblarning organizmga tushishi kiradi.

Karbunkul odatda bitta bo'ladi va ko'proq katta yoshli odamlarda uchraydi. Kasallik asosan bo'yinning orqa qismi, ensa, kurak, bel va lab sohalarida joylashadi.

Klinikasi. Karbunkulda ham infiltratsiya va absessga o'tish bosqichlari farqlanadi. Kasallik terida unchalik katta bo'lmagan yallig'lanish infiltrati hosil bo'lishi, o'sha sohada kuchli og'riq va tana haroratining ko'tarilishi bilan boshlanadi. Ko'zdan kechirganda va paypaslaganda terida zich infiltrat aniqlanadi, u kattalasha borib to'q qizil rangga kiradi, taranglashadi va bemorlarni kuchli og'riq bezovta qiladi. Yallig'lanish markazida yiringli pufakcha va atrofida teridan sezilarli darajada bo'rtib turuvchi shish rivojlanadi va lo'qillovchi

og'riq kuchayadi. Keyin infiltrat ustidagi yupqalashgan epidermis bir necha joyidan teshiladi va yashil-kulrang yiring kela boshlaydi. Nekrozga uchragan to'qimalar teshikchalardan ko'rinib turadi va keyinchalik ular qo'shilib terida katta defekt hosil qiladi hamda ulardan ko'p miqdorda yiring va nekrotik to'qimalar ajraladi. Jarohat yiringli-nekrotik massalardan tozalangandan so'ng shish qaytadi, granulyatsion to'qimalar paydo bo'ladi va yara bita boshlaydi.

Karbunkul kasalligida bemorlarning ahvoli og'ir, tana harorati yuqori bo'lib, ularda hushdan ketish, alahsirash, kuchli bosh og'rig'i, uyqusizlik, qaltirash, ishtahasizlik, ko'ngil aynishi va qusish kuzatiladi. Kasallik yuz va yuqori labda uchraganda bu klinik belgilar yanada yaqqolroq yuzaga chiqadi. Qandli diabet bilan og'riq va semirib ketgan bemorlarda ushbu xastalik og'ir kechadi.

Kasallikning eng xavfli asoratlariga avj olib boruvchi tromboflebit, yiringli meningit, sepsis, flegmona, limfangit va limfadenitlar kiradi.

Differensial diagnozi. Karbunkul kasalligini furunkul, flegmona, kuydirgi karbunkuli va yaralangan yomon sifatli o'smalardan farq qilish kerak.

Davosi. Kasallikning og'ir kechishini va asoratlar xavfini hisobga olgan holda bemorlar zudlik bilan shifoxonaga yotqiziladi. Ularga yotoq rejimi, ko'p suyuqlik ichish va suyuq kaloriyali ovqatlar tavsiya



Karbunkulda krestsimon kesma o'tkazish va nekrozga uchragan to'qimalarni kesib olib tashlash

qilinadi. Davolash yiringli infeksiyani davolashning 3 ta qoidasi asosida faol ravishda olib boriladi. Bemorlarga keng spektrli, uzoq ta'sir qiladigan antibiotiklar (yuqori dozada) va sulfanilamid dorilar tayinlanadi.

Antibiotiklarni regionli limfotrop yo'l bilan kiritish va bunda limfostimulyatsiya uchun geparindan foydalanish yaxshi natija beradi. Bir guruhli qon va uning plazmasi, antistafilokokkli plazma, immunoglobulin va boshqa immunitetni oshiruvchi dorilar kiritiladi. Og'riq qoldiruvchi, yurak faoliyati, moddalar almashinuvini yaxshilovchi dorilar, shu jumladan S va V guruh vitaminlari qo'llaniladi.

Mahalliy o'choqqa ta'sir qilish kasallik bosqichidan kelib chiqqan holda o'tkaziladi. Kasallikning infiltratsiya bosqichida bemorlarga ampitsillin-novokainli infiltrativ blokada, penitsillin bilan elektroforez, UYuCh terapiya va lazer tavsiya etiladi. Malhamli (Vishnevskiy malhami, sintomitsinli va streptotsidli emulsiyalar) va gipertonik bog'lamlar qo'yiladi. Bemorlarda 2-3 kun davomida olib borilgan konservativ davoning natijasizligi, og'riq va intoksikatsiyaning kuchayishi operativ davo uchun ko'rsatma bo'lib hisoblanadi. Operatsiya umumiy og'riqsizlantirish ostida bajariladi. Bunda nekrozga uchragan to'qimalar bo'ylab sog'lom to'qimagacha krestsimon kesma o'tkaziladi (4-rasm). Teri qiyqimlari to'rt tomonga qarab ajratiladi, teri va yumshoq to'qimalarning nekrozga uchragan qismlari kesib olib tashlanadi va yiringli cho'ntaklar yo'qotiladi. Yiringli-nekrotik massalardan tezroq tozalanishi uchun bo'shliqqa past chastotali ultratovush bilan ishlov beriladi. Keyin 3% li vodorod peroksid, furatsillin eritmaları bilan yuviladi va Vishnevskiy malhami bilan bog'lam qo'yiladi. Nekrozga uchragan to'qimalar ajralishi qiyinlashganda mahalliy tomondan proteolitik fermentlar (tripsin, ximotripsin, ximopsin) qo'llaniladi. Jarohat bitishini tezlashtirish uchun UYuCh va geliy-neonli lazer buyuriladi. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarga operatsiyadan oldin va keyin insulinoterapiya o'tkaziladi.

PSEVDOFURUNKULYOZ (KXT-10 L08.8)

Ekrin (merokrin) ter bezlarining yiringli yallig'lanishiga psevdofurunkulyoz deyiladi (5-rasm).



5-rasm.

Psevdofurunkulyoz

Etiopatogenezi. Psevdofurunkulyozni tillarang va epidermal stafilokokk chaqiradi. So'nggi yillarda kasallikning stafilokokk assotsiatsiyalari va grammanfiy mikroblar tomonidan chaqirilishi ham aniqlangan. Stafilokokk oldin ter bezlari bo'yinchasiga kiradi va o'sha sohada yallig'lanish chaqiradi (periporit). Keyin yallig'lanish shu bezlarning boshqa qismlariga, shu jumladan atrof to'qimalariga ham tarqaladi (Finger psevdofurunkuli).

Bolalarda immunitetning pastligi, chaqaloqlarda ter bezlarining yaxshi rivojlanmaganligi, ekrin ter bezlari chiqaruv yo'llarining kengligi, chala tug'ilish, bolani sun'iy ovqatlantirish va chaqaloq parvarishida gigiena qoidalariga rioya qilinmasligi kasallik rivojlanishi uchun moyillik yaratuvchi asosiy omillar bo'lib hisoblanadi. Shuning uchun ham psevdofurunkulyoz bilan og'rikan bemorlarda anemiya, raxit, gipotrofiya, ekssudativ-kataral diatez kabi yo'ldosh kasalliklar uchraydi va ushbu kasallik ko'pincha sepsis fonida kechadi.

Psevdofurunkulyoz bilan odatda bir yoshgacha bo'lgan bolalar og'riydi, lekin himoya qobiliyati sust, nimjon va anemiyasi bor bolalarda kasallik 1,5-2 yoshgacha ham uchrashi mumkin. Ushbu kasallik ko'pincha boshning sochli qismi, bo'yin, ko'krak qafasi, dumba va sonda joylashadi.

Tasnifi. A.T.Pulatov (1992) buyicha psevdofurunkulyozlarning kechishiga qarab 2 ta shakli tafovut kilinadi:

- 1) o'tkir;
- 2) surunkali.

O'tkir shakli o'z navbatida quyidagi 3 xil ko'rinishda kechadi:
mahalliy (lokal);

septikopiemik;

septikotoksik.

Surunkali shaklining quyidagi 2 ta davri farqlanadi:

xuruj;

remissiya.

Klinikasi. Kasallik tananing turli sohalarida, ko'pincha boshning sochli qismi va bo'yinda mayda yuzaki infiltratlar hosil bo'lishi bilan boshlanadi. Ularning soni ko'paya boradi, hajmi kattalashadi, teridan bo'rtib turadi va ko'kimtir-to'q qizil rangga kiradi. Infiltrat usti terisi yupqalashib yiring ko'rinib turadi. Paypaslaganda bu tugunchalar dastlab zich bo'lib hajmi kattalashgan sayin yumshaydi, vaqt o'tishi bilan o'rta qismidan teshiladi va oqma yuzaga keladi. Keyin oqma ustida po'stloq hosil qiladi, uzoq vaqt bitmay yuradi va ayrim holatlarda (chaqaloqni yaxshi ovqatlantirish va parvarish qilish, himoya qobiliyatini oshirish hisobiga) o'zi bitib ketadi. Agarda bolaning parvarishi yomonlashsa, yana yangi psevdofurunkullar paydo bo'lishi va aytib o'tilgan klinik belgilar takrorlanishi mumkin. Bu hosil bo'lgan abscesslar hajmi 0,3-0,5 sm dan 4-5 smgacha bo'ladi. Psevdofurunkullar son jihatdan ko'p bo'lishi va o'zagi bo'lmasligi bilan xarakterlanadi.

Psevdofurunkulyoz kasalligining klinik manzarasi ko'p qirrali bo'lib, u kasallikning qaysi shaklda kechishiga, mikroorganizmlar turi va virulentligiga hamda bola organizmi immunobiologik reaktivligiga bog'liq bo'ladi. Kasallikning kechishiga ko'ra o'tkir va surunkali shakllari farqlanadi. O'z navbatida o'tkir shaklining mahalliy, septikopiemik va septikotoksik turlari tafovut qilinadi (A.T.Po'latov, 1992). Mahalliy shaklida yuqorida ta'kidlab o'tilgan barcha mahalliy belgilar yaqqol yuzaga chiqadi va o'z vaqtida o'tkazilgan operativ davodan so'ng bemorlar sog'ayib ketadilar. Kasallikning septikopiemik shaklida umumiy klinik belgilar ustun turadi, bemorlarning ahvoli og'ir bo'lib, tana harorati 39-40⁰S gacha ko'tariladi va ularda septik pnevmoniya, septik kardit va toksik gepatit klinikasi aniqlanadi. Mahalliy tomondan yangi piemik o'choqlar hosil bo'lib, ularning bitishi sekin boradi. Ayrim holatlarda mahalliy jarayon flegmona yoki

nekrotik flegmonaga xos kechadi. Septikotoksik shakli kasallikning tez kechishi, bemorlar ahvolining birdan og'irlashishi, shifoxonaga bakterial-toksik shok holatida kelishi, ularda kuchli toksemiya, gipertermiya va neyrotoksikoz belgilarining tezda rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Surunkali shakliga kasallikning to'liqsimon ravishda kechishi xos bo'lib, ularda xuruj va remissiya davrlari farqlanadi. Xuruj paytida yangi-yangi psevdofurunkullar paydo bo'ladi va shunga mos ravishda organizmda o'zgarishlar kuzatiladi. O'z vaqtida davo muolajalarining o'tkazilishi bemorlarning sog'ayib ketishiga olib keladi. Lekin shu holat bir necha hafta yoki oydan so'ng yana takrorlanishi mumkin. Psevdofurunkulyoz kasalligi odatda abscess, flegmona, limfadenitlarga asoratlanadi.

Differensial diagnozi. Psevdofurunkulyoz kasalligini furunkul, furunkulyoz, abscess va flegmonalardan farqlash lozim.

Davosi. Psevdofurunkulyoz bilan og'rikan bemorlarni davolash kompleks ravishda yiringli infeksiyani davolashning qoidalari asosida olib boriladi. Bunda asosiy kasallik bilan birgalikda yo'ldosh kasalliklarni (anemiya, raxit, gipotrofiya, ekssudativ-kataral diatez va h.) davolashga ham e'tibor qaratiladi. Lozim deb topilganda, shu soha mutaxassislaridan maslahat olinadi.



6-rasm. Psevdofurunkullarni kesish usuli

Birinchi navbatda, bolani to'g'ri ovqatlantirish (ko'krak suti bilan oziqlantirish, qo'shimcha ovqatga o'z vaqtida o'tkazish, onaga vitaminlarga boy, yuqori kaloriyali ovqatlar berish, undagi anemiya va boshqa kasalliklarni davolash), toza havoda olib yurish, gigiena qoidalariga rioya qilish (o'z vaqtida cho'miltirish, chov, qo'ltiq va bo'yin

burmalariga ishlov berish, chaqaloq uchun alohida kiyim va idishlardan foydalanish) tashkil qilinadi va ularning zaruriyati haqida onasiga tushuntiriladi.

Mikroorganizmlarga ta'sir qilish maqsadida keng spektrli antibiotiklar va sulfanilamidli dorilardan foydalaniladi. Ular bemorlarning tana og'irligi va kasallikning og'irlik darajasidan kelib chiqqan holda buyuriladi. Septikopiemik va septikotoksik shakllarida bir vaqtning o'zida ikkita antibiotik boshlaniladi va ulardan biri limfotrop yo'l bilan kiritiladi. Keyingi yillarda psevdofurunkulyoz kasalligini davolashda rifampitsindan (uning organizmdan teri orqali chiqarilishini hisobga olgan holda) foydalanilmoqda va yaxshi natija olinmoqda. Bola organizmini stimulyatsiya qilish uchun bir guruhli qon, plazma, immunoglobulin, immunomodulin, timalin, antistafilokokkli anatoksin kabi bir qancha dorilar qo'llaniladi. Bular ichida bemorlarga to'g'ridan-to'g'ri qon quyish, antistafilokokkli plazma va gammaglobulinlardan foydalanishning ahamiyati juda kattadir. Ularga vitaminlar, moddalar almashinuvi va yurak faoliyatini yaxshilovchi dorilar tayinlanadi va organizmda kuzatilayotgan o'zgarishlarga qarab simptomatik davo o'tkaziladi.

Psevdofurunkulyozlar odatda premedikatsiyadan so'ng kesiladi, lekin kasallikning og'ir kechishida, chala tug'ilgan va nimjon bolalarda operatsiyani umumiy narkoz ostida o'tkazish maqsadga muvofiq bo'ladi. Operatsiya maydoni yod-spirt bilan ishlov berilgandan so'ng teridagi abscesslar ustidan kesiladi (6-rasm), antiseptik eritmalar bilan yuviladi va gipertonik bog'lam qo'yiladi. Agarda ularning hajmi katta bo'lsa (abscesslashgan psevdofurunkul) kesilgandan so'ng bo'shliq 3% li vodorod peroksid, furatsillin eritmaları bilan yuviladi va rezina chiqargich qoldirilib bog'lanadi. Keyingi kundan boshlab yarasi toza bo'lsa bog'lam qo'yilmaydi va yangi chiqqan psevdofurunkullar kesib boriladi. Mahalliy tomondan terisiga brilliant yashilining 1% li spirtli eritmasi, ammiak va lyugolning 1% li eritmasi bilan ishlov berish ham ijobiy natija beradi. Operatsiyadan keyingi davrda jarohatga UBN va geliy-neonli lazer qo'yiladi.

SamDTU
axborot-resurs markazi

GIDRADENIT (KXT- 10 L73.2)

Apokrin ter bezlarining yiringli yallig'lanishiga gidradenit deyiladi.



7-rasm. Gidroadenit rivojlanish bosqichlari sxemasi

Etiopatogenezi. Kasallikni stafilokokk va stafilokokk assotsiatsiyalari chaqiradi. Infeksiya jarohatlangan teri va limfogen yo'llar bilan tushadi. Kasallik kelib chiqishi uchun moyillik yaratuvchi omillarga teri kasalliklari (ekzema, piodermiya va h.), teri butunligining buzilishi (timalish, shilinish), ko'p terlash va

gigiena qoidalariga rioya qilinmasligi kiradi. Kasallik rivojlanish bosqichlari 7-rasmda keltirilgan. Ushbu kasallik asosan katta yoshli odamlarda va ba'zan o'smirlarda uchraydi. Chunki apokrin ter bezlari balog'otga yetish davridan boshlab faoliyat ko'rsata boshlaydi. Gidradenit kasalligi qo'ltiq, ko'krak so'rg'ichi atrofi, anal teshigi va katta uyatli lablar sohalarida joylashadi.

Tasnifi. S.Popkirov (1977) buyicha:

I. Miqdoriga qarab:

yakka;

ko'p sonli.

II. Joylashishiga qarab:

qo'ltiq osti gidradeniti;

oraliq gidradeniti;

ko'krak so'rg'ichi gidradeniti va h.k.

Klinikasi. Kasallik teri osti yog' kletchatkasida tuguncha va og'riq paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Dastlab shish ustida teri rangi o'zgarmagan bo'ladi. Keyin uning hajmi kattalashib terisi ko'kimtir-to'q qizil rangga kiradi. Yallig'lanish jarayoni bir vaqtning o'zida bitta yoki bir nechta ter bezlarini egallashi va ular bir-biriga qo'shib ketishi



8-rasm. Qo'ltiq osti gidroadeniti



9-rasm. Gidroadenitni jarroxlik davolash bosqichlari

desensibilizatsiyalovchi immunostimulyatsiya

antibiotikogramma asosida buyurish, ulami regionli limfotrop yo'l bilan kiritish va bunda ko'proq teri orqali ajraladigan antibiotiklarni (rifampitsin) qo'llash yaxshi natija beradi. Mahalliy tomondan UVCh, UBN, geliy-neonli lazer, yarimspirtli va malhamli (sintomitsinli emulsiya) bog'lamlar qo'yiladi. Qachonki yiring hosil bo'lganda bo'shliqlar mahalliy yoki umumiy og'riqsizlantirish ostida kesiladi va

mumkin. Shundan so'ng bez hajmi kattalasha boradi, yumshaydi va flyuktuatsiya sinamasi aniqlanadi. Ba'zan shish o'rtasidan teshiladi va qaymoqsimon yiring kela boshlaydi. Kasallik qo'ltiqda joylashganda shish va og'riq tufayli qo'lda harakat biroz chegaralanadi (8-rasm). Anal teshigi atrofida joylashganda

esa axlat qilish paytida og'riqning kuchayishi kuzatiladi. Bemorlarning umumiy ahvoli odatda o'rtacha og'irlikda bo'ladi. Gidradenit yallig'lanish o'chog'ining uzoq vaqt bitmay yurishi va kasallikning tez-tez qaytalanishi bilan xarakterlanadi.

Differensial diagnozi. Kasallikni furunkul, limfadenit, qo'ltiq osti limfa tugunlari tuberkulyozi, limfogradulematoz va limfosarkomalardan farqlash kerak.

Davosi. Gidradenit kasalligi bilan og'riqan bemorlarni davolash yiringli

infeksiyani davolashning 3 ta qoidasi asosida kompleks ravishda olib boriladi. Bemorlarga umumiy quvvatlantiruvchi, dorilar hamda aktiv va passiv o'tkaziladi. Antibiotikoterapiyani

drenajlanadi (9-rasm). Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarning jarohatiga UYuCh va geliy-neonli lazer qo'llaniladi.

OMFALIT

Kindik chuqurchasi va uning atrof to'qimalari bilan birgalikda yallig'lanishiga omfalit deyiladi.

Etiopatogenezi. Kasallikni asosan stafilokokk, stafilokokk assotsiatsiyalari, kam hollarda streptokokk va ichak tayoqchalari chaqiradi. Infeksiya kindikdan atrof to'qimalarga, kindik tomirlariga va qonga tarqalishi mumkin. Bunda kindik arteriyalari zararlanganda tromboarterit, venalari zararlanganda esa tromboflebit klinikasi yuzaga chiqadi. Mikroblar qon bilan tarqalib ketganda sepsisning klinik belgilari namoyon bo'ladi. Kindik arteriyalari zararlanganda tomirlarda patologik skleroz rivojlanadi va ularning devorlarida ohaklanish, ya'ni kalsiy tuzlari yig'ilishi kuzatiladi (kalsinoz).

Klinikasi. A.I.Len'yushkin bo'yicha omfalitning kechishiga qarab: oddiy, flegmonoz va nekrotik shakllari tafovut qilinadi.



10-rasm. Omfalit oddiy shakli

Omfalitning oddiy shakli kindik qoldig'i tushgandan so'ng kindik jarohatining uzoq vaqt bitmay yurishi bilan xarakterlanadi (10-rasm). Kindikdan serozli yoki seroz-yiringli ajralma kelib turadi. Ba'zan ajralma to'xtaganday bo'lib ko'rinadi va kindik qobiq bilan qoplanadi. Qobiq olib tashlanganda yiringli-gemorragik ajralma keladi. Bemorlarning ahvoli qoniqarli bo'ladi va chaqaloqlar o'sishdan orqada qolmaydi. Bunda kindikning bitishiga bir necha hafta kerak bo'ladi. Adabiyotlarda kasallikning bu shakli yana bitta nom, ya'ni «ho'l kindik» nomi bilan ham ataladi. Ayrim paytlarda kindikning uzoq vaqt bitmasligi natijasida kindik chuqurchasidan granulyatsion to'qimalar o'sib chiqadi va tashqi tomondan zamburug' shaklini eslatadi. Shuning uchun ham, kasallikning bu shakli gohida «fungus» deb ham aytiladi.



11-rasm. Omfalit flegmanoz shakli



12-rasm. Omfalit nekrotik shakli

Kasallikning flegmonoz shakli yiringli jarayonning atrof to'qimalarga tarqalishi bilan kechadi (11-rasm). Bunda kindik chuqurchasi qizaradi, shishadi va qorin oldingi devoridan bo'rtib turadi. Paypaslaganda o'sha soha zich va og'riqli bo'ladi. Kindik teri halqasi bilan o'ralgan, fibrinoz qoplama bilan yopilgan yarani eslatadi. Kindik atrofi bosib ko'rilganda kindikdan yiringli ajralma keladi. Vaqt o'tishi bilan kindik chuqurchasi yonidagi qizargan terisi yumshaydi va flyuktuatsiya aniqlanadi. Ayrim holatlarda infeksiya qorin oldingi devoriga tarqaladi va qorin oldingi devori flegmonasi rivojlanadi. Bundan tashqari, mikroblarning qo'ltiq osti va chov limfa

tugunlarini zararlashi hisobiga qo'ltiq osti va chov limfadenitlari ham kelib chiqadi. Bemorlarning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda yoki og'ir bo'ladi. Tana harorati $38-39^{\circ}\text{S}$ gacha ko'tariladi, ishtahasi yo'qoladi va uyqusi buziladi. Ularda qorin dam bo'lishi, bezovtalanishi va qusish kuzatiladi.

Omfalitning nekrotik shakli odatda nimjon, immuniteti past va paratrofik bo'lib tug'ilgan chaqaloqlarda uchraydi (12-rasm). Kasallik flegmonoz shakliga o'xshash bo'lib boshlanadi. Ammo bunda mahalliy jarayon nafaqat atrofga, balki chuqurda joylashgan to'qimalarga tezlikda tarqalishi bilan xarakterlanadi. Kindik atrofi terisi dastlab to'q-qizil rangga kiradi va ko'karish alomatlari paydo bo'ladi. Keyin o'sha sohada teri nekrozga uchraydi va ko'chadi. Jarohat tubida mushak va fassiyalar ko'zga tashlanadi. Bemorlar ahvoli og'irlashadi va chaqaloq

organizmida chuqur intoksikatsiya belgilari yuzaga chiqadi. Ba'zan yiringli-nekrotik jarayon qorin oldingi devorining barcha qavatlarini egallashi hisobiga bemorlarda ichaklar eventratsiyasi ro'y beradi.

Bundan tashqari, chaqaloqlarda kalsinozli omfalit ham uchraydi. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, bunda kindik arteriyalari atrofida kalsiy tuzlari yig'iladi. Omfalitning bu turi klinik tomondan flegmonoz va nekrotik shakliga xos kechadi. Kasallik diagnostikasi uchun yon tomondan rentgenografiya qilinganda kindik sohasida yot jism soyasi ko'rinadi.

Omfalit ko'pincha sepsis, peritonit, jigar va o'pka abscesslari, gematogen osteomielit, mastit kabi asoratlarni keltirib chiqaradi.

Differensial diagnozi. Omfalitning oddiy shakli kindikning tug'ma oqmalari bilan, nekrotik shakli esa chaqaloqlar nekrotik flegmonasi bilan taqqoslanadi. Kindikning tug'ma noto'liq oqmalarini inkor etish maqsadida oqma zondlanadi va fistulografiya qo'llaniladi.

Davosi. Omfalit bilan og'rigan bemorlarni davolash kasallikning qaysi shaklda kechishidan, uning og'irlik darajasidan va mahalliy jarayon xarakteridan kelib chiqqan holda olib boriladi.

Kasallikning oddiy shaklida bemorlar konservativ yo'l bilan davolanadi. Bunda kindik chuqurchasi 3% li vodorod peroksid va furatsillin eritmalari bilan yuviladi. Keyin kindik yodning 10% li, kumush nitrat (lyapis)ning 5-10% li eritmalari bilan kuydiriladi. Kindik sohasiga UYuCh va geliy-neonli lazer qo'yiladi. Kindik qoldig'i tushgandan bir haftadan so'ng kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan chaqaloqlar cho'miltiriladi. Funguslarda granulyatsion to'qimalar yuqori intensivli lazer nurlari yoki elektr pichoq yordamida kuydirish yo'li bilan yo'qotiladi.

Omfalitning flegmonoz va nekrotik shakllarida davolash yiringli infeksiyani davolashning 3 ta qoidasi asosida kompleks ravishda amalga oshiriladi. Bemorlarga keng spektrli antibiotiklar buyuriladi va ular antibiotikogramma asosida o'zgartirilib turiladi. Ularga bir guruhli qon, uning plazmasi, antistafilokokkli plazma, immunoglobulin, desensibilizatsiyalovchi, dezintoksikatsiyalovchi dorilar, vitaminlar tayinlanadi va simptomatik davo o'tkaziladi.

Flegmonoz shaklida kindik atrofidagi shish ustidan kesiladi va yiringli bo'shliqlar drenajlanadi. Kindik tomirlaridan yiringli ajralma kela boshlaganda ularga kindik jarohati orqali zond kiritiladi va teri orqali kesiladi.

Kasallikning nekrotik shaklida esa atrof sog'lom to'qimalari bilan birgalikda ko'p sonli kesmachalar (nasechki) qilinadi va jarohatga 10% li natriy xlor yoki 25% li magneziy sulfat eritmaları bilan bog'lam qo'yiladi. Nekrozga uchragan to'qimalar nekrektomiya qilinadi (nekrotik flegmona davosiga qarang). Kasallikning flegmonoz va nekrotik shakllarida ham operatsiyadan so'ng jarohatga UVCh va geliy-neonli lazerni qo'llash ijobiy natija beradi.

CHAQALOQLAR MASTOPATIYASI VA MASTITI

MASTOPATIYA (KXT-10 N60.1)

Sut bezining fiziologik ravishda bo'rtishiga mastopatiya deyiladi. Mastopatiya odatda homiladorlik davrida ona qonidagi estrogen garmonlarning plasenta orqali homilaga o'tishi hisobiga rivojlanadi.



13-rasm. Chaqaloqlar mastopatiyasi

Chaqaloq tug'ilgandan so'ng (3-8 kunlari) sut bezi kattalashganligi ko'zga tashlanadi. Ko'pincha ikkala sut bezi va kam hollarda o'ng yoki chap sut bezi kattalashadi. Terisining rangi o'zgarmagan bo'ladi. Paypaslaganda bez zichlashganligi aniqlanadi va bunda chaqaloq biroz bezovtalanadi (13-rasm). Sut bezi bosib ko'rilganda so'rg'ichdan bir tomchi oqimtir, tarkib jihatdan molozivoga o'xshash, suyuqlik chiqadi.

Davosi. Mastopatiyada maxsus davo choralari qo'llanilmaydi. Sut beziga infeksiya tushirmaslikka, ya'ni gigiena qoidalariga rioya qilishga asosiy e'tibor qaratiladi. Sut bezini massaj qilish yoki siqish qat'iyan man etiladi. Sut bezi 2-3 haftadan so'ng o'z holatiga qaytadi.

MASTIT (KXT-10 N61)

Sut bezining o'tkir yiringli yallig'lanishiga mastit deyiladi (14 - rasm).

Etiopatogenezi. Kasallikni stafilokokk, stafilokokk assotsiatsiyalari va streptokokk chaqiradi. Infeksiya sut beziga to'g'ridan-to'g'ri va gematogen yo'llar bilan tushadi. Kasallik rivojlanishi uchun moyillik yaratuvchi omillarga mastopatiya, sut bezini siqish, immuntanqislik holati, teri va kindikning yiringli-yallig'lanish kasalliklari, sut bezi sohasi teri butunligining buzilishi va gigiena qoidalariga rioya qilinmasligi kiradi.



14-rasm. Chaqaloqlar mastiti

Chaqaloqlarda sut bezi 10-15 ta radial joylashgan bo'lakchalardan va ularning chiqaruv yo'llaridan tashkil topgan bo'ladi. Mastopatiya va mastitda bu bo'lakchalar hajmi bir necha barobar kattalashadi. Bitta bo'lakchada boshlangan yallig'lanish jarayoni tezda boshqa bo'lakchalarga o'tishi va teri ostida yiring hosil qilishi mumkin.

Klinikasi. Chaqaloqlar mastitida ham 2 ta bosqich: infiltratsiya va absessga o'tish bosqichlari tafovut qilinadi. Kasallik umumiy simptomlar bilan o'tkir boshlanadi. Chaqaloqlar bezovtalanadi, injiqlanib yig'lay boshlaydi, ishtahasi yo'qoladi va tana harorati ko'tariladi. Ularning ahvoli o'rtacha og'irlikda yoki og'ir bo'ladi. Yallig'lanish ko'pincha bitta sut bezida kechadi. Sut bezi sohasida shish paydo bo'ladi. Paypaslaganda zichlashgan hosila seziladi. Keyin hosila hajmi kattalasha boradi, terisi to'q-qizil rangga kiradi va og'riq tufayli chaqaloq bezovtalanadi. Vaqt o'tishi bilan infiltrat yumshaydi va flyuktuatsiya aniqlanadi. Nimjon, immuniteti past va chala tug'ilgan chaqaloqlarda kasallik og'ir kechadi. Ularda mahalliy jarayon atrof va chuqur joylashgan to'qimalarga

tarqalishi, yiringli nekrotik massalarni hosil qilishi va chaqaloqlar nekrotik flegmonasiga hamda sepsisga asoratlanishi mumkin.

Differensial diagnozi. Kasallikni mastopatiya, ko'krak sohasi nekrotik flegmonasi va saramasdan farqlash kerak.



15-rasm. Chaqaloqlar mastitida radial kesmalar

Davosi. Mastit bilan og'riqan bemorlarni davolash kasallik bosqichidan va yiringli infeksiyani davolashning 3 ta qoidasidan kelib chiqqan holda olib boriladi. Kasallikning infiltratsiya bosqichida bemorlarga antibiotiklar buyuriladi va mahalliy tomondan UVCh, yarimspirtli va malhamli bog'lamlar

qo'llaniladi. Chaqaloqlik davrida yiringli jarayonning kuzatilishini va ularda sepsisga nisbatan moyillik kuchliligini hisobga olgan holda bemorlarga kasallikning dastlabki soatlaridan boshlab keng spektrli antibiotiklarni buyurish maqsadga muvofiq bo'ladi. Kasallik abscess hosil bo'lishi bosqichiga o'tganda bemorlar operativ yo'l bilan davolanadi. Operatsiya umumiy narkoz ostida o'tkaziladi. Operatsiya so'rg'ich atrofi pigmentsimon aylana sohasi terisidan radial ravishda kesma o'tkazish yo'li bilan bajariladi (15-rasm). Yiring ekmaga olinadi. Jarohat antiseptik eritmalar bilan yuviladi va gipertonik bog'lam qo'yiladi. Operatsiyadan so'ng jarohatga UYuCh va geliy-neonli lazerni qo'llash uning bitishini tezlashtiradi.

Mastit og'ir kechganda yoki asoratlanganda (ko'krak qafasi nekrotik flegmonasi, sepsis) davolash yiringli infeksiyani davolashning 3 ta qoidasi asosida kompleks ravishda olib boriladi. Bemorlarga bir guruhli qon, uning plazmasi, antistafilokokkli plazma, gammaglobulin, immunomodulin, gemodez, reopoliglyukin, kokarboksilaza, vitaminlar va simptomatik davo qo'llaniladi. Keng spektrli antibiotiklar yuboriladi va ular antibiotikogramma asosida o'zgartirilib turiladi. Kasallik ko'krak qafasi nekrotik flegmonasiga asoratlanganda, mahalliy jarayon atrofi sog'lom to'qimalari bilan birgalikda ko'p sonli kesmachalar

(nasechki) qilish yo'li bilan davolanadi (nekrotik flegmona davosiga qarang).

CHAQALOQLAR NEKROTİK FLEGMONASI (KXT-10: L03)

Chaqaloqlarda teri osti yog' qatlami, teri va ulardan chuqurda joylashgan to'qimalarning tarqalgan o'tkir yiringli-nekrotik yallig'lanishiga nekrotik flegmona deyiladi.

Ushbu kasallikda yallig'lanish jarayoni dastlab teri osti yog' qatlamida boshlanib, keyin esa teri va ulardan chuqurda joylashgan to'qimalarga tarqaladi. Shuning uchun ham, chaqaloqlar nekrotik flegmonasining ta'rifi yallig'lanish jarayonining to'qimalarda kechish tartibi asosida keltirildi.

Etiopatogenezi. Kasallikni asosan stafilokokk, stafilokokk assotsiatsiyalari hamda ba'zan streptokokk va grammanfiy mikroblar chaqiradi. Infeksiya chaqaloq organizmiga to'g'ridan to'g'ri (jarohatlangan teri orqali), gematogen (omfalit, kindik sepsisi, mastit, piodermiya va h.) va kontakt (omfalit, mastit) yo'llar bilan tushadi.

Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi kasallikning o'tkir boshlanishi, og'ir kechishi, mahalliy jarayonning tez tarqalishi, nekroz hosil bo'lish jarayonining yallig'lanish jarayonidan ustun turishi, ya'ni teri osti yog' qatlamida erta nekroz rivojlanishi va uning qo'shni qavatlarga tezda tarqalishi bilan xarakterlanadi.

Kasallikning bunday tartibda kechishi chaqaloqlarning anatomo-fiziologik xususiyatlari bilan bevosita bog'liqdir:

- 1) teri va shilliq qavatlar nozikligi va ularning tezda jarohatlanishi;
- 2) bazal membrananing yaxshi rivojlanmaganligi;
- 3) hujayra va hujayralararo bo'shliqlarda suyuqlikning ko'pligi;
- 4) chaqaloqlar teri osti yog' qatlamining qalinligi va ularda biriktiruvchi to'qimalardan iborat bog'lovchilarning rivojlanmaganligi;
- 5) qon tomirlar ko'pligi va ularning zich joylashishi;
- 6) teri osti yog' qatlamida qon tomir anastomozlarining kamligi;
- 7) qon tomirlar devorining to'liq shakllanmaganligi va u hisobiga endo va periarteriit, periflebit rivojlanishi uchun sharoit borligi;
- 8) immunitetning pastligi;

9) limfa sistemasining rivojlanmaganligi, uning infeksiyaga moyilligi va vazifasini yetarli darajada bajara olmasligi va hokazolar.

Bundan tashqari, nekrotik flegmonaning kelib chiqishi uchun zarur bo'lgan moyilliklarga tananing boshqa sohalarida yiringli infeksiya o'choqlarining bo'lishi, teri va shilliq qavatlar butunligining buzilishi hamda chaqaloq tarbiyasida gigiena qoidalariga rioya qilinmasligi kiradi.

Kasallik patogenezida organizm sensibilizatsiyasi va yallig'lanish o'chog'ida tomirdan tashqarida shish hosil bo'lishining ahamiyati kattadir (tomirdan tashqarida shish hosil bo'lish nazariyasi). Mahalliy tomondan yallig'lanish ter bezlari atrofida boshlanadi. Organizmga tushgan mikroblar majmuasidan hosil bo'lgan bakterial embol yoki tromb yallig'lanish boshlangan sohadagi tomirlardan biriga kelib tiqiladi. Buning natijasida tomirda qon oqimi qiyinlashadi, u kengayadi va o'tkazuvchanligi oshadi. Qonning suyuq qismi tashqariga chiqa boshlaydi va bu klinik tomondan terida shish hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Hosil bo'lgan ekssudat qo'shni qon tomirlarni bosadi va yallig'lanish markaziga qon borishini hamda to'qimalarning oziqlanishini buzadi. Yallig'lanish o'chog'ida hosil bo'ladigan biologik aktiv moddalar (gistamin, globulin, serotonin, asetilxolin, prostaglandinlar) bu jarayonni yanada chuqurlashtiradi. Bular hisobiga teri ostida nekroz rivojlanadi. Keyin u teri va chuqur joylashgan to'qimalar nekroziga va ularning ko'chishiga olib keladi. Bemorlarda mahalliy jarayonning shu yo'nalishda borishi bola organizmining yuqorida aytib o'tilgan anatomo-fiziologik xususiyatlari bilan chambarchas bog'liqdir.

Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi ko'pincha dumg'aza-dum, dumba, ko'krak qafasining oldingi va yon yuzalari hamda kurak sohasida joylashadi. Kasallik qo'l-oyoq kaft yuzalarida uchramaydi.

Klinikasi. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasining klinik manzarasi kasallikning qaysi shaklda kechishidan, boshlanish muddatidan va mahalliy jarayonning qaysi sohada joylashishidan kelib chiqqan holda har xil bo'ladi.

Kasallikning oddiy shakli (G.A.Bairov bo'yicha 38 % gacha uchraydi) mahalliy simptomlarning umumiy klinik belgilardan ustun



16-rasm. Nekrotik flegmonaning toksiko-septik shakli

turishi, mahalliy jarayonning tez tarqalmasligi va hamma vaqt ham to'qimalarda nekroz hosil bo'lmasligi bilan xarakterlanadi. Kasallik to'satdan umumiy simptomlar bilan o'tkir boshlanadi. Chaqaloq bezovtalana boshlaydi, yaxshi emmay qo'yadi, uyquasi buziladi va tana harorati $37-38^{\circ}$ gacha ko'tariladi. Tibbiyot xodimlari

yoki onasi bolani yo'rgaklash vaqtida tanasining ma'lum bir sohasidagi qizarishni, ya'ni qizil dog'ni sezib qolishadi. Paypaslaganda o'sha sohada to'qimalar zichlashganligi va atrofida biroz shish borligi aniqlanadi. Keyin u atrof to'qimalarga tarqala boshlaydi. Kasallikning 2-3 kuni shish ustidagi terisi to'q-qizil rangga va o'rta qismi esa ko'kimtir tusga kiradi. Keyingi kunlari o'sha sohada teri osti yog' qatlami nekrozi vujudga keladi, terisi yumshaydi va mahalliy jarayon chegaralanadi. Ba'zi hollarda kasallik teri osti yog' kletchatkasida nekroz hosil bo'lmasdan turib teri ostida yiring hosil qilishi bilan ham kechishi mumkin. Nekrotik flegmonaning oddiy shaklida bemorlarga o'z vaqtida diagnoz qo'yilsa va ularga zaruriy davo choralari qo'llanilsa, kasallik 2- bosqichda to'xtaydi va bemorlar sog'ayib ketadilar. Agarda ular vaqtida davolanmasa, kasallik keyingi bosqichlarga o'tishi va septikopiemiyaning klinik manzarasi kelib chiqishi mumkin.

Nekrotik flegmonaning toksiko-septik shakli (G.A.Bairov bo'yicha 62 % gacha uchraydi) umumiy klinik belgilarning mahalliy simptomlardan ustun turishi, kasallikning og'ir kechishi, mahalliy jarayonning tez tarqalishi va to'qimalarda qisqa muddat ichida nekroz hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi (16-rasm). Bunda bemorlar ahvoli birdan og'irlashadi va umumiy intoksikatsiya belgilari yuzaga chiqadi. Tana harorati $39-40^{\circ}$ S gacha ko'tariladi, chaqaloq ko'krakni emmay qo'yadi va uyquasi buziladi. Terisi quruq, sarg'imtir-kul rang tusga kiradi. O'pkasida dag'al nafas va xirillashlar eshitiladi. Yurak tovushi bo'g'iqlashadi, pulsi tezlashadi, tili quruqlashadi va oq karash bilan

qoplanadi. Chaqaloqlarda qorin dam bo'lishi, qusishi, ich ketishi, kam siyishi, jigari va talog'i kattalashishi kuzatiladi. Ayrim holatlarda boshqa a'zolarida piemik o'choqlar paydo bo'ladi (destruktiv pnevmoniya, yiringli perikardit, peritonit, yiringli otit va h.). Xullas, bemorlarda septik pnevmoniya, septik kardit, toksik gepatit, enterit klinikalari yuzaga chiqadi.

Mahalliy tomondan kasallikning dastlabki soatlarida terida qizarish, ya'ni qizil dog' paydo bo'lib, u tarqala boradi hamda, o'sha sohada shish va to'qimalar qattiqlashishi aniqlanadi. Bir necha soatdan so'ng qizarish tananing ancha qismini egallab olishi mumkin. Terisi to'q-qizil rangga, o'rta qismi esa ko'kimtir tusga kiradi. Keyingi kunlari o'sha soha terisi qoramtir rangga o'tadi, teri osti yog' qatlamida nekroz hosil



17-rasm. Nekrozdan keyingi jarohat defektlari

bo'ladi va terisi biroz yumshaydi. Keyin yallig'lanish markazida teri nekrozi rivojlanadi. O'lgan teri dastlab ko'kimtir, so'ng qop-qora rangga kiradi. Demarkatsion chiziq yaqqol ko'zga tashlanib turadi. So'ngra nekrozga uchragan teri ko'chadi va jarohatda defekt ko'zga tashlanadi (17-rasm). Bunda nekroz chuqur joylashgan to'qimalarga, shu jumladan mushak, fassiya, tog'ay va suyaklargacha ham tarqaladi. Bemorlarga o'z vaqtida faol davolash muolajalari olib borilganda ikkinchi haftaning oxiriga borib yiringli ajralma kelishi to'xtaydi va jarohat nekrotik to'qimalardan tozalanadi. Keyin granulyatsion to'qimalar paydo bo'lib jarohat yuzasini to'ldiradi. Teri defekti katta bo'lganda jarohat bitishi uchun uzoq vaqt ketadi va uning o'rmini qo'pol chandi egallaydi.

Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi joylashgan sohasiga qarab har xil asoratlarni keltirib chiqaradi. Agarda kasallik ko'krak qafasida joylashgan bo'lsa nekrotik flegmona qovurg'a va o'mrov suyagi

osteomielitlariga, piopnevotoraks va yiringli perikarditlarga asoratlanishi mumkin. Mahalliy o'choq bel va dumg'aza sohalarida joylashganda, u umurtqa va chanoq suyaklari osteomielitlariga asoratlanadi. Kasallik qorin oldingi devorida uchraganda peritonit rivojlanishiga sharoit yaratiladi. Odatda bunday asoratlar infeksiyaning kontakt yo'li bilan tushishidan, sepsis fonida rivojlanishidan vujudga keladi va ko'pincha chaqaloqlar o'limiga sabab bo'ladi.

Differensial diagnozi. Nekrotik flegmona kasalligini chaqaloqlar saramasi, skleremasi va teri osti adiponekrozi hamda omfalit, mastit, abscess, yiringli limfadenitlardan farqlash kerak.



18-rasm. Ko'p sonli shaxmatsimon kesmachalar (sxemasi)

Davosi. Nekrotik flegmona diagnozi qo'yilishi bilan bemorlar shoshilinch ravishda chaqaloqlar xirurgiyasi bo'limiga yotqiziladi. Ular yiringli xirurgiyaning eng og'ir bemorlaridan

bo'lib hisoblanadi. Nekrotik flegmona bilan og'rikan bemorlarni davolash yiringli infeksiyani davolashning 3 ta qoidasi asosida kompleks ravishda olib boriladi: makroorganizmga ta'sir qilish; mikroorganizmga ta'sir qilish va mahalliy o'choqni davolash.

Mikroorganizmlarga ta'sir qilish maqsadida bemorlarga kasallik boshlangan dastlabki soatlardan boshlab keng spektrli antibiotiklar va sulfanilamid preparatlar buyuriladi. Bunda antibiotiklar dozasi bola tana og'irligiga nisbatan beriladigan kunlik dozadan 2-3 barobar oshiriladi (masalan: sefamezin 200-300 mg/kg). Kasallikning toksiko-septik turida bir vaqtning o'zida ikkita antibiotik boshlaniladi (ularning mosligidan kelib chiqqan holda). Ular antibiotikogramma asosida o'zgartirilib boriladi. Bundan tashqari, antibiotiklar organizmga bir vaqtda bir necha xil usullar bilan kiritiladi (m/i, v/i, limfotrop).

Organizmning himoya qobiliyatini oshirish va umumiy intoksikatsiyaga qarshi kurashish uchun bemorlarga bir guruhli qon, uning plazmasi, antistafilokokkli plazma, antistafilokokkli gammaglobulin, immunoglobulin, immunomodulin, 10% li glyukoza, gemodez, reopoliglyukin, albumin, protein, kokarboksilaza, vitaminlar, desensibilizatsiyalovchi dorilar va simptomatik davo o'tkaziladi. Ularga bir guruhli qon va antistafilokokkli plazma (10 ml/kg) haftasiga 2-3 marta quyiladi. Bunda bemorlar ota-onasidan to'g'ridan-to'g'ri qon quyish (maxsus tekshirishlardan so'ng) yaxshi natija beradi.

Nekrotik flegmona kasalligida o'z vaqtida operativ davo o'tkazilishining ahamiyati katta bo'lib, u mahalliy jarayon tarqalib ketishining va bemorlar ahvoli og'irlashishining oldini oladi. Operatsiya umumiy narkoz ostida bajariladi. Operatsiya maydoni 3 marta yod-spirit eritmasi bilan ishlov berilgandan so'ng qizargan, shishgan yoki nekrozga uchragan sohada atrof sog'lom to'qimalari bilan birgalikda shaxmatsimon tartibda ko'p sonli kesmachalar (nasechki) qilinadi. Ularning soni flegmona egallagan soha hajmidan kelib chiqadi. Kesmachalar har 1-1,5 sm oraliqda, 0,7-1,5 sm uzunlikda teri osti yog' qatlamigacha va sog'lom to'qima chegarasidan 1,5-2 sm masofagacha o'tkaziladi. Qisqich yordamida kesmachalar kengaytiriladi. Bunda ulardan serozli yoki yiringli ajralma chiqadi. Bemorlar shifoxonaga kech murojaat qilishganlarida jarohatidan yiring va teri osti yog' qatlamidan hosil bo'lgan nekrotik to'qima bo'lakchalari ajraladi. Jarohat 3% li vodorod peroksid va furatsillin eritmalari bilan yuviladi va 10% li natriy xlor yoki 25% li magneziy sulfat eritmalari bilan bog'lam qo'yiladi. Operatsiyadan so'ng bemorlarning har 6-8 soatda bog'lami almashtirilib turiladi. Agarda bunda mahalliy jarayon atrofga tarqalgan bo'lsa, o'sha sohadan yana qo'shimcha kesmachalar qilish zarur bo'ladi.

Operatsiyadan keyingi davrda jarohatga UBN, UYuCh va geliy-neonli lazer qo'yiladi. O'sha sohaga antibiotiklarni elektroforez yo'li bilan kiritish ham yaxshi natija beradi. Granulyatsiya hosil bo'lishini tezlashtirish maqsadida bemorlarga giperbarik oksigenatsiya va quyosh chigaliga UYuCh qo'llaniladi. Nekrozga uchragan to'qimalar aniq

chegaralangandan so'ng nekrektomiya qilinadi. Jarohat yiringli- nekrotik to'qimalardan tozalangandan so'ng malhamli bog'lamlarga o'tiladi. Katta hajmli teri defektlarini bitirish maqsadida jarohatga plasenta yopiladi va u ijobiy natija bermaganda keyinchalik teri autoplastikasi amalga oshiriladi. Ayrim paytlari jarohat o'mida qo'pol, deformatsiya chaqiruvchi chandiqlar hosil bo'ladi va shu a'zo funksiyasini buzadi. Bunday holatlarda korreksiyalovchi operatsiyalar tavsiya etiladi.

SARAMAS (KXT-10: A46.0)

Terining va ayrim hollarda shilliq qavatlarining avj oluvchi o'tkir yallig'lanishiga saramas deyiladi.

Etiopatogenezi. Kasallikni asosan streptokokk chaqiradi. Saramasni ayrim holatlarda stafilokokk va boshqa mikroblar ham qo'zg'atishi mumkin. Kasallik rivojlanishiga qulaylik yaratuvchi omillarga immunitetning sustligi, teri va shilliq pardalar butunligining buzilishi va chaqaloqlar tarbiyasida gigiena qoidalariga rioya qilinmasligi kiradi. Infeksiya organizmga to'g'ridan-to'g'ri, limfogen va gematogen yo'llar bilan tushadi. Infeksiyaning kirish darvozasi bo'lib, teri va shilliq qavatlardagi jarohatlar, yaralar, yorilishlar va chaqaloqlarda kindik hisoblanadi.

Saramasning patogenezida kasallik chaqiruvchisiga (allergen) nisbatan organizm sezuvchanligining oshishi asosiy rol o'ynaydi. Odatda bunday holat organizm immunobiologik reaktivligining pasayishida kuzatiladi. Qachonki bolaning himoya qobiliyati susayganda, infeksiya kirish darvozasi paydo bo'lganda va kasallik chaqiruvchisiga nisbatan organizmning moyilligi ortganda saramas kasalligi kelib chiqishi mumkin. Patogenezi bo'yicha saramasning birlamchi va ikkilamchi turlari tafovush qilinadi. Birlamchi turida infeksiyaning teri va shilliq qavatlariga to'g'ridan-to'g'ri (jarohatlar, yorilishlar), gematogen va limfogen (organizmdagi boshqa yashirin infeksiya o'choqlaridan) yo'llar bilan tushishidan vujudga keladi. Ikkilamchi saramas odatda mahalliy yiringli infeksiyaning (furunkul, karbunkul, gazak olgan jarohat va h.) asorati sifatida rivojlanadi.

Birinchi marta E.A.Galperin va R.R.Riskind saramas kasalligida asosiy infeksiya o'chog'i atrofidagi limfa tugun va tomirlarning kengayib ketishini, ularning seroz, seroz-qonli ekssudat bilan to'lishini va ular tarkibida streptokokklar borligini aniqladilar. Shuning uchun ham, ushbu kasallik ko'pincha limfangit va limfadenit belgilari paydo bo'lishi bilan boshlanadi.

Kasallik ko'proq yuz, bosh va oyoq-qo'llarda uchraydi. Juda kam hollarda lab, og'iz bo'shlig'i va halqum shilliq qavatlarini zararlaydi.

SARAMAS SHAKLLARI



Eritematoz shakli



Bullyoz shakli



Flegmonoz shakli



Gangrenoz (nekrotik) shakli



Erizipeloid (saramasga o'xshash yallig'lanish)

Tasnifi. E.A.Galperin, R.R.Riskind buyicha

Og'irlik darajasiga qarab:

- a) yengil;
- b) o'rta og'ir;
- v) og'ir.

Kasallik uchrashiga qarab:

- a) birlamchi saramas;
- b) erta qaytalanish;
- v) kechki qaytalanish;
- g) qayta saramas.

Klinik kechishiga qarab (anatomik o'zgarishlar xarakteri buyicha):

- a) eritematoz shakli;
- b) bullyoz shakli;
- v) flegmonoz shakli;
- g) gangrenoz (nekrotik) shakli.

Mahalliy jarayon xarakteriga qarab:

- a) mahalliy (lokal);
- b) tarqalgan;
- v) migratsiyalanuvchi.

Mahalliy jarayon joylashishiga qarab:

- a) bosh;
- b) yuz;
- v) tana;
- g) oyoq-qo'llar va h.k.

Asoratlari:

- a) limfangit;
- b) limfadenit;
- v) tromboflebit;
- g) abscess va flegmona;
- d) sepsis;
- ye) filoyoqlik va h.k.

Klinikasi. Saramas kasalligi boshqa yiringli infeksiyalardan farqli o'laroq, umumiy va mahalliy klinik belgilarning bemorlarda qisqa muddat ichida yaqqol yuzaga chiqishi bilan xarakterlanadi. Umuman olganda, klinik kechishi bo'yicha saramasning 4 ta shakli tafovut



19-rasm. Saramas eritematoz shakli (geografik karta belgisi)

qilinadi: eritematoz, bullyoz, flegmonoz va gangrenoz. Odatda bu shakllarni kasallikning rivojlanish bosqichlari deb qarash to'g'riroq bo'ladi. Chunki eritematoz bosqichida boshlangan saramas kasalligi o'z vaqtida davolansa, keyingi bosqichlarga o'tmaydi va bemorlar sog'ayib ketadilar. Aksincha, bolaning immunobiologik reaktivligi past bo'lganda, organizmga yuqori virulentli mikroblar tushganda va bemorlar o'z

vaqtida to'laqonli davolanmaganda kasallik keyingi bosqichlarga (bullyoz, flegmonoz, gangrenoz) o'tadi.

Kasallik to'satdan yuqori harorat, bosh og'rig'i, holsizlik, ayrim holatlarda ko'ngil aynishi, qusish va ich ketishi bilan boshlanadi. Bemorlarning ishtahasi yo'qoladi va uyquzi buziladi. Tana harorati 39-40°S gacha ko'tariladi, varaja qiladi, bosh og'rishi va alahsirash kuzatiladi. Ba'zan jigari va talog'i kattalashadi. Kasallikning bunday boshlanishi yaqqol toksikoz bilan kechayotgan yuqumli kasallikni eslatadi va u bir necha kungacha davom etishi mumkin. Qon tahlilida anemiya, leykotsitoz, neytrofilyoz, siydik tahlilida esa oqsil, leykotsitlar, eritrotsitlar va silindrlar aniqlanadi.

Saramasning eritematoz shakli mahalliy tomondan terida yorqin qizarish va shish paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Qizarish chegaralari nihoyat darajada aniq bo'lib «geografik karta»ni eslatadi (19-rasm). Bemorlarni yallig'lanish o'chog'idagi yuqori harorat va achitadigan og'riq bezovta qiladi. Og'riq periferiyada kuchliroq bo'ladi. Terining kam harakatchan va pastki to'qimalar bilan zich joylashgan sohalarida qizarish kam bo'lishi va uning boshqa qismlaridan uzilganday bo'lib ko'rinishi mumkin. Kasallik o'z vaqtida davolanganda, eritematoz

shakli keyingi bosqichlarga o'tmaydi, shish, qizarish ketadi va teri o'z holatiga qaytadi.

Kasallikning bullyoz shaklida yuqorida ta'kidlab o'tilgan barcha klinik belgilar avj oladi va yorqin qizarishlar sohasida epidermisning ko'chishi hisobiga ekssudatga to'lgan har-xil hajmli pufakchalar hosil bo'ladi. Odatda ular ichida streptokokklar topiladi. Ba'zan ushbu streptokokklar mahalliy o'choqning kontakt yo'l bilan tarqalishi hisobiga yiringli jarayon chaqirishi va kasallikning keyingi bosqichiga o'tishi uchun sabab bo'lishi mumkin. Ekssudatlar serozli, gemorragik va yiringli bo'ladi. Bemorlarning sog'ayishi tana haroratining tushishi, ahvolining yaxshilanishi va ko'p ter ajralishi bilan kechadi. Bunda teridagi shish, qizarish ketadi va yallig'lanish o'chog'idan ko'p miqdorda epidermis ko'chadi.

Saramasning flegmonoz shaklida terida qizarish kamroq ko'rinsada, odatda yallig'lanish terining pastki qatlamlariga ham o'tadi. Bunda yallig'lanish teri osti yog' qatlamiga tarqaladi, shish ko'payib og'riq kuchayadi va yiring hosil bo'ladi. Saramas boshning sochli qismida joylashadigan bo'lsa, kasallik og'ir kechadi, yiring ko'p ajralishi hisobiga bosh terisining ko'chishi va yiringli bo'shliqlar hosil bo'lishi ko'zga tashlanadi.

Kasallikning gangrenoz (nekrotik) shakli odatda nimjon va himoya qobiliyati sust bo'lgan bolalarda uchraydi. Bunda yallig'lanish o'chog'ida yiringli jarayon davom etib to'qimalar nekrozi va keyinchalik ularning ko'chishi kuzatiladi.

Bundan tashqari, bu kasallik bilan og'rikan ko'pchilik bemorlarda infeksiyaning kirish darvozasi (jarohatlar, yaralar va h.) va yallig'lanish o'chog'i atrofidagi limfangit hamda limfadenit klinik belgilari aniqlanadi.

Saramas kasalligi bolalarda lokal (yuz, boldir, bilak va h.) va tarqalgan holda uchraydi. Ayrim holatlarda, kasallik tananing bir qismida boshlanib keyinchalik boshqa qismlariga o'tadi. Bunga migratsiyalanuvchi saramas deyiladi. E.A.Galperin va R.R.Riskind fikrlariga qaraganda, saramasning qaytalanishi kasal bo'lgan har 3 ta boladan 1 tasida uchraydi. Qaytalanuvchi saramas ko'pincha oyoqlarda

uzoq muddat yo'qolmaydigan shishni (limfostaz) va kam hollarda filoyoqlikni keltirib chiqaradi.

Kasallik ko'pincha limfangit, limfadenit, kam hollarda tromboflebit, sepsis, filoyoqlik hamda yuzda joylashganda ko'rish nervi atrofiyasi va meningit kabi asoratlar kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin.

Differensial diagnozi. Saramas kasalligini eritema, dermatit, erizipeloid, flegmona, chaqaloqlar nekrotik flegmonasi, limfangit, tromboflebit va kuydirigidan farqlash kerak.

Davosi. Saramas bilan og'rigan bemorlar shifoxona sharoitida davolanadi. Ularni alohida palataga izolyatsiya qilish maqsadga muvofiq bo'ladi. Kasallarga yotoq rejimi buyuriladi. Kasallik oyoq-qo'llarda joylashgan bo'lsa, ular immobilizatsiyalanadi. Yuqori kaloriyali, vitaminlarga boy ovqatlar va ko'p suyuqliqlar ichish tavsiya etiladi.

Boshqa yiringli kasalliklarda bo'lgani kabi saramasda ham davolash yiringli infeksiyani davolashning 3 ta qoidasi asosida olib boriladi. Kasallikning eritematoz va bullyoz shakllari to'lig'icha konservativ davolanadi. Kasallik chaqiruvchisi, asosan streptokokk ekanligini hisobga olgan holda bemorlarga penitsillin va uning yarim sintetiklari yuboriladi. Bunda penitsillinni regionli limfotrop yo'l bilan kiritish nihoyat darajada ijobiy natija beradi. Antibiotiklarni bu usulda kiritish nafaqat asosiy o'choqdagi infeksiyaga, balki atrof limfa tomir va tugunlaridagi (limfangit, limfadenit) mikroblarga ham etiopatogenetik ta'sir ko'rsatadi. Makroorganizmga ta'sir qilish maqsadida bemorlarga immunostimulyatsiya qiluvchi (immunoglobulin, immunomodulin, metiluratsil va h.), desensibilizatsiyalovchi dorilar (kalsiy xlor, dimedrol, suprastin, pipolfen, diazolin) va vitaminlar tayinlanadi. Eritematoz shaklida zararlangan sohaga kamforali spirt bilan ishlov beriladi va streptotsid emulsiyasi yoki kamfora yog'i surtiladi. Bullyoz shaklida hosil bo'lgan pufakchalar qaychilanib, olib tashlanadi va streptotsid emulsiyasi qo'yiladi. Bu ikkala shaklida ham mahalliy tomondan UBN, UYuCh va geliy-neonli lazerni qo'llash tavsiya etiladi.

Kasallikning flegmonoz va gangrenoz shakllarida davolash yanada faolroq o'tkaziladi. Bemorlarga bir guruhli qon, uning plazmasi,

antistreptokokkli vaksina, gemodez, reopoliglyukin, kokarboksilaza, desensibilizatsiyalovchi dorilar, vitaminlar, antibiotiklar va sulfanilamid preparatlar (streptotsid, etazol, sulfadimetoksin va h.) buyuriladi. Mahalliy tomondan yiringli o'choqlar kesiladi, drenajlanadi va nekrotik to'qimalar kesib olib tashlanadi. Bunda bo'shliqqa past chastotali ultratovush bilan ishlov berish jarohatning yiringli-nekrotik to'qimalardan tezroq tozalanishiga olib keladi. Yallig'lanish jarayonining atrof to'qimalarga tarqalishiga shubha bo'lsa, ko'p sonli kesmachalar qilinadi. Operatsiyadan keyingi davrda jarohatga UYuCh va geliy-neonli lazer qo'yiladi.

LIMFANGIT (KXT-10: I 89.1)

Limfa tomirlarining yallig'lanishiga limfangit deyiladi.

Etiopatogenezi. Kasallikni asosan stafilokokk, stafilokokk assotsiatsiyalari kam hollarda streptokokk, protey va ichak tayoqchasi chaqiradi. Limfangit odatda ikkilamchi bo'lib, jarohatlardan, teri va shilliq qavatlarning yiringli-yallig'lanish kasalliklaridan so'ng rivojlanadi. Limfangitning kelib chiqishi bola organizmi reaktivligiga, birlamchi o'choqning joylashgan sohasiga, mikroblarning virulentligiga va limfa sistemasining anatomo-fiziologik xususiyatlariga bog'liq bo'ladi.

Hammamizga ma'lumki, yallig'lanish o'chog'idagi mikroblar va ularning toksinlari limfa sistemasida zararsizlantiriladi. Kasallik rivojlanishi uchun moyillik bo'lganda shu tushgan mikroblar limfa tomir va tugunlarining o'zida yallig'lanish chaqiradi. Bunda limfa tomirlari endoteliysi shishadi, tromb hosil bo'ladi, tomirlar o'tkazuvchanligi oshadi, ekssudatsiya boshlanadi va limfostaz rivojlanadi. Limfa tomirlarda yallig'lanish jarayoni endolimfangit va ba'zan perilimfangit ko'rinishida kechadi. Surunkali limfangitda limfa tomirlari sohasida to'qima fibrozi paydo bo'lib, u limfa oqimini buzadi va filoyoqlik kasalligini keltirib chiqaradi.

Klinikasi. Kasallik birlamchi o'choqda asosiy kasallikning avj olishi va limfangitga xos mahalliy va umumiy klinik belgilarning paydo

bo'lishi bilan boshlanadi. Bemorlarda tana haroratining 39–40⁰S gacha ko'tarilishi, qaltirash, bosh og'rig'i, ko'p terlash, darmonsizlik va ishtahasining pasayishi kuzatiladi.

Mahalliy tomondan shish, qizarish, qichishish, achishish, og'riq va mahalliy haroratning ko'tarilishi aniqlanadi. Qizarish xarakteri yallig'lanishning qaysi tomirlarda joylashishiga va kasallik shakliga qarab har xil bo'ladi. Kapillyarli limfangitda qizarish yaqqol yuzaga chiqadi, u saramasning eritematoz shaklini yoki kuyishning birinchi darajasini eslatadi, lekin ushbu kasallikda qizarish chegarasi ulardagidek aniq bo'lmaydi. Stvolli limfangitda qizarish birlamchi o'choqdan yaqin atrof limfa tugunlariga qarab ketgan alohida qizil hoshiyalar ko'rinishida ko'zga tashlanadi. Bunda limfa tomirlari bo'ylab ipsimon, og'riqli hosila paypaslanadi. Agarda yallig'lanish jarayoni chuqur limfa tomirlarda joylashgan bo'lsa, terida qizarish bo'lmaydi, shish va og'riq saqlanib qoladi. Yiringli limfangit kasallikning abscess va flegmona kabi asoratlari shaklida namoyon bo'ladi. Perilimfangitda esa limfa tomirlari atrof to'qimalarining zichlashishi aniqlanishi mumkin.

Limfangitning asoratlariga abscess, flegmona, saramas, tromboflebit, sepsis va filoyoqlik kiradi.

Differensial diagnozi. Limfangit kasalligini saramas, tromboflebit, abscess, flegmona, limfadenit va anaerob infeksiyalardan farqlash lozim.

Davosi. Limfangit kasalligi bilan og'riqan bemorlarni davolashda asosiy e'tibor birlamchi yallig'lanish o'chog'ini davolashga qaratilmog'i kerak. Bunda abscess, flegmona va boshqa asosiy kasalliklar davolanadi. Bemorlarga yotoq tartibi belgilanadi. Zararlangan qo'l yoki oyoq ko'tarib immobilizatsiya qilinadi. Bola organizmi himoya qobiliyatini oshirish maqsadida immunostimulyatsiyalovchi va desensibilizatsiyalovchi dorilar buyuriladi. Limfangitni davolashda antibiotiklar va sulfanilamid dorilarni qo'llash nihoyatda samaralidir. So'nggi yillarda bunday bemorlarni davolashda limfotrop antibiotikoterapiya usuli muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda. Mahalliy tomondan issiq kompresslar, UBN va geliy-neonli lazer

qo'yiladi. Limfangit asoratlenganda (abscess, flegmona va h.) operativ davolash o'tkaziladi.

LIMFADENIT (KXT-10: L04)

Limfa tugunlarining yallig'lanishiga limfadenit deyiladi (20-rasm).

Etiopatogenezi. Kasallikni

odatda stafilokokk, stafilokokk assotsiatsiyalari va boshqa mikroblar (Kox tayoqchasi, oq treponema, gonokokk, streptokokk, zamburug'lar va h.) chaqiradi. Limfadenit

kamdan-kam hollarda birlamchi kasallik sifatida yuzaga chiqadi.



20-rasm. Limfadenit sxemati ko'rinishi

Kasallik asosan ikkilamchi bo'lib har xil yiringli-yallig'lanish kasalliklaridan va spesifik infeksiyalardan so'ng rivojlanadi. Nospesifik limfadenitni keltirib chiqaruvchi sabablarga yuqori nafas yo'llari yallig'lanish kasalliklari, surunkali tonsillit, otit, ekssudativ-kataral diatez, qizamiq, qizilcha, suvchechak, piodermiya, suyak va yumshoq to'qimalarning yiringli - yallig'lanish kasalliklari, teri va shilliq qavatlarning jarohatlari kiradi. Odontogen limfadenit tish kariesi, periodontit, periostit, jag' suyagi osteomielitlaridan so'ng yuzaga keladi. Spesifik limfadenitni tuberkulyoz, gonoreya, sifilis, SPID, aktinomikoz, o'lat, vabo, kuydirgi kabi kasalliklar keltirib chiqaradi va ular odatda surunkali limfadenitlar hisoblanadi. Surunkali nospesifik limfadenit organizmga virulentligi past mikroblar tushganda, surunkali, qaytalanuvchi yallig'lanish kasalliklarida (surunkali tonsillit, surunkali otit, tish kariesi va h.) va o'z vaqtida to'g'ri davolanmagan o'tkir limfadenit yakuni sifatida kelib chiqadi.

Limfadenit bolalarda, ayniqsa, kichik yoshdagi bolalarda kattalarga nisbatan ko'proq uchraydi. Kasallik 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda ko'pincha yuz-jag' sohasi (iyak osti, jag' osti, quloq orti, bo'yin) va yoshi katta bolalarda esa chov, qo'litiq osti, tizza osti limfa tugunlarida joylashadi.

Kasallikning yosh bolalarda ko'proq uchrashiga sabab bo'ladigan moyilliklarga quyidagilar kiradi: 1) immunitetning to'liq darajada shakllanmaganligi; 2) yosh bolalarga xos kasalliklarning mavjudligi (raxit, gipotrofiya, ekssudativ-kataral diatez, anemiya, bolalar yuqumli kasalliklari, oshqozon-ichak infeksiyalari); 3) limfa sistemasining anatomo-fiziologik xususiyatlari (limfa tuguni hajmining nisbatan kattaligi, uning yupqa va nozik qobiqqa ega ekanligi, unda biriktiruvchi to'qimalardan hosil bo'lgan trabekula va to'siqlarning yo'qligi, sinuslarning kengligi, parenximasida yosh limfoid, qon va boshqa hujayra elementlarining ko'pligi, barer funksiyasining pastligi va uning infeksiyaga moyilligi).

Limfadenit patogenezida o'tkazilgan yuqumli yoki yiringli-yallig'lanish kasalliklari chaqiruvchilariga nisbatan organizm sensibilizatsiyasi asosiy rol o'ynaydi. Yallig'lanish o'chog'idagi mikroblar va ularning toksinlari limfa sistemasiga so'riladi va limfa tugunlarida zararsizlantiriladi hamda shu chaqiruvchilarga nisbatan organizm sensibilizatsiyasi vujudga keladi. Shundan so'ng ko'p miqdorda yoki virulentligi yuqori bo'lgan mikroorganizmlarning limfa sistemasiga qayta tushishi limfa tugunlarning o'zida ham yallig'lanishni chaqiradi.

Tasnifi. V.G.Astapenko (1985) buyicha:

Etiologiyasiga qarab:

- a) spesifik;
- b) nospesifik.

Kechishiga qarab:

- a) o'tkir;
- b) surunkali.

Ekssudat xarakteriga qarab:

- a) serozli;
- b) gemorragik;
- v) fibrinoz;
- g) yiringli.

Asoratlari:

- a) adenoflegmona;
- b) limfatik oqmalar;
- v) tromboflebit;
- g) sepsis, septikopiemiya;
- d) filoyoqlik.

Klinikasi. Kasallik limfa tugunlarning kattalashishi va o'sha sohada og'riq paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Mahalliy tomondan qaraganda shish va ba'zan terisida birozgina kengaygan qon tomirlar ko'zga tashlanadi. Paypaslaganda kattalashgan, chegaralari aniq, og'riqli limfa tugunlar aniqlanadi va ularning harakati biroz chegaralangan bo'ladi. Keyinchalik shu limfa tugunlar atrofida shish ko'paya borib, ular harakatsiz, og'riqli bo'lib qoladi va terisida qizarish ko'rinadi. Ayrim hollarda ular hisobiga jag', bo'yin va bo'g'imlarda harakatning chegaralanishi kuzatiladi. Umumiy simptomlar bemorlarda tana haroratining ko'tarilishi, bosh og'rig'i, ishtahasining yo'qolishi va darmonsizlik ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Limfadenit chuqur limfa tugunlarda, shu jumladan chanoq va yonbosh limfa tugunlarida joylashgan bo'lsa, bemorlarda o'ziga xos klinik manzara yuzaga chiqadi. Bemorlarning ahvoli og'ir, tana harorati yuqori bo'lib, ularni qomining pastki qismidagi va chanoq-son bo'g'imi sohasidagi og'riq bezovta qiladi. Og'riq doimiy xarakterda bo'lib bel va oyoqlarga beriladi. Kasallikning birinchi kundan boshlab chanoq-son bo'g'imida bukilgan kontraktura kuzatiladi. Paypaslaganda yonbosh suyagi qirrasida bo'ylab og'riqli infiltrat va son sohasida shish aniqlanadi. Bemorlar o'z vaqtida davolanmasa, limfadenit qorin parda orti bo'shlig'i adenoflegmonasiga asoratlanadi. Bunda kasallarning ahvoli og'irlashadi, tana harorati 39-40⁰S gacha ko'tariladi va endotoksikoz belgilari paydo bo'ladi. Paypaslaganda yonbosh sohasidagi infiltrat chegaralari noaniq bo'lib og'riq keskin kuchayadi.

Surunkali limfadenitda kasallikning klinik belgilari yaqqol namoyon bo'lmaydi. Shu sababli ushbu kasallik bilan og'rib yurgan bemorlarning onalari bexosdan bolalarida kattalashgan limfa tugunlarni sezib

qoladilar va vrachga murojaat qiladilar. Surunkali nospesifik limfadenitda limfa tugunlari bir necha oy va yillar davomida kattalashgan holda qoladi va paypaslaganda unchalik og'riqli bo'lmaydi. Surunkali spesifik limfadenitda limfa tugunlari asosiy kasallikka mos ravishda kattalashgan bo'ladi va bunda bemorlarni uzoq vaqt davolash talab qilinadi. Surunkali limfadenitda bemorlar o'z vaqtida davolanmasa, biriktiruvchi to'qima o'sishi hisobiga shu limfa tugunlari bujmayishi va funksiyasini yo'qotishi mumkin. Ayrim holatlarda biriktiruvchi to'kimaning o'sishi o'sha sohada limfa oqimini buzadi (limfostaz) va filoyoqlik kasalligini keltirib chiqaradi. Bundan tashqari, limfadenit kasalligi adenoflegmona, limfatik oqmalar, tromboflebit va sepsisga asoratlanadi.

Differensial diagnozi. Limfadenit kasalligini, limfogradulematoz, limfosarkoma, limfa tugunlari tuberkulyozi, leykoz, aktinomikoz, flegmona, osteomielit va qisilgan chov churralaridan farqlash kerak. Chanoq va yonbosh sohasi limfadenitlari appenditsit, chanoq-son bo'g'imi suyaklarining osteomielitlari, psit va paranefrit bilan qiyosiy taqqoslanadi.

Davosi. Limfadenit bilan og'rigan bemorlarni davolash kasallikni keltirib chiqargan birlamchi o'choqni (yiringli kasalliklar, jarohatlar, tonzillit, otit, tish kariesi va h.) topishdan va ularni birgalikda davolashdan boshlanadi. Kasallikning qaysi bosqichda kechishiga qarab bemorlarni davolash har xil yo'nalishda olib boriladi. Yallig'lanish jarayonining dastlabki bosqichida va serozli limfadenitda bemorlar to'lig'icha konservativ davolanadi. Ularga antibiotiklar, sulfanilamid preparatlar, umumiy quvvatlantiruvchi, desensibilizatsiyalovchi dorilar va mahalliy davo buyuriladi. Bunda bemorlarga antibiotiklarni regionli limfotrop yo'l bilan kiritish nihoyat darajada samaralidir. Chunki bu usulda antibiotiklar kerakli bo'lgan konsentratsiyada limfa sistemasida, shu jumladan yallig'langan limfa tugunlarida hosil qilinadi. Bundan tashqari, limfotrop antibiotikoterapiyaning qo'llanilishi antibiotiklarning kurslik, kunlik dozalari qisqarishiga, in'eksiyalar soni kamayishiga va ular hisobiga organizmda vujudga keladigan asoratlar oldi olinishiga olib keladi. Mahalliy davo o'sha sohaga issiq muolajalar,

UYuCh terapiya, infraqizil lazer nurlari, malhamli va spirtli kompresslar qo'yish bilan amalga oshiriladi.

Limfadenitning og'ir kechishida (chaqaloqlarda, chanoq, yonbosh limfa tugunlari yallig'lanishida va h.) bemorlarga yiringli infeksiyani davolashning 3 ta qoidasi asosida kompleks davo tavsiya etiladi.

Yiringli limfadenit operativ yo'l bilan davolanadi. Operatsiya umumiy narkoz yoki mahalliy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarga regionli limfotrop antibiotikoterapiya davom ettiriladi va jarohatiga UYuCh, geliy-neonli lazer qo'yiladi.

ADENOFLEGMONA (KXT-10: L03)

Limfa tuguni va uning atrof to'qimalari bilan birgalikda o'tkir yiringli yallig'lanishiga adenoflegmona deyiladi.

Etiopatogenezi. Kasallikni ko'pincha stafilokokk, stafilokokk assotsiatsiyalari va streptokokk chaqiradi. Ushbu kasallikni limfadenitning keyingi bosqichi yoki asorati sifatida qarash kerak. Adenoflegmonada ham birlamchi o'choq bo'lishining ahamiyati katta. Kasallik birlamchi o'choqdan infeksiya tushishi hisobiga limfadenit kelib chiqishi, uning tez kechishi va adenoflegmonaga o'tishi bilan xarakterlanadi. Bu hodisa juda qisqa muddatda amalga oshishi mumkin. Kasallikning bunday tartibda kechishi yosh bolalarda immunitetning pastligiga va limfa sistemasining, shu jumladan limfa tugunlarining anatomo-fiziologik xususiyatlariga bog'liq bo'ladi (limfadenitning etiopatogenezigiga qarang).

Yallig'lanish jarayoni limfa tugunida o'ziga xos kechadi. Dastlabki bosqichda limfa tugunlar endoteliyasi zararlanishi, ko'chishi, sinuslari kengayishi va dimlangan giperemiya bo'lishi kuzatiladi. Keyin ekssudatsiya boshlanadi, limfa tuguni to'qimalari serozli ekssudat bilan to'yinadi va hujayralar infiltratsiyasi vujudga keladi (serozli limfadenit). Shundan so'ng limfa tuguni kapsulasi saqlangan holda leykotsitlar migratsiyasi, limfoid hujayralar proliferatsiyasi hisobiga to'qimalar infiltratsiyasi avj oladi va yiring hosil bo'ladi (yiringli

limfadenit). Keyinchalik yallig'lanish davom etadi va atrof to'qimalarga tarqaladi (adenoflegmona).

Adenoflegmona kasalligi bilan ko'pincha kichik yoshdagi bolalar og'riydi. 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda yuz-jag' sohasi adenoflegmonasi va katta yoshdagi bolalarda esa chov va qo'ltiq osti adenoflegmonasi ko'proq uchraydi.

Klinikasi.



21-rasm. Jag' osti sohasi

Adenoflegmona zararlangan sohada shish va og'riq paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bemorlarda, tana harorati ko'tarilishi, ishtahasi yo'qolishi, bezovtalanishi va uyqusining buzilishi kuzatiladi. Mahalliy tomondan qaraganda shish ko'paya boradi va terisida qizarish yuzaga keladi. Paypaslaganda chegaralari aniq bo'lmagan zich infiltrat seziladi. Kasallik avj olgan sayin qizarish ko'payadi, og'riq

kuchayadi, infiltrat yumshaydi va ayrim holatlarda flyuktuatsiya sinamasi musbat bo'ladi (21-rasm). Kasallik yuz-jag' sohasi limfa tugunlarida uchraganda jag' va bo'yinda harakatning chegaralanishiga hamda chov va tizza ostida joylashganda esa bemorlarning oqsoqlanib yurishiga olib keladi.

Qorin parda orti bo'shlig'i adenoflegmonasida (chanoq, yonbosh limfa tugunlari yallig'lanishida) bemorlarning ahvoli og'irlashadi, bezovtalanadi, tana harorati $39-40^{\circ}\text{S}$ ga ko'tariladi va ishtahasi yo'qoladi. O'ng yonbosh sohasida biroz shish va kengaygan qon tomirlar ko'zga tashlanadi. Paypaslaganda o'sha sohada chegaralari aniq bo'lmagan hosila va kuchli og'riq aniqlanadi. Chanoq-son bo'g'imida og'riq tufayli harakatning chegaralanishi kuzatiladi.



22-rasm. Jag' osti sohasi adenoflegmonasini kesish va drenajlash

Differensial diagnozi.

Adenoflegmona kasalligini abscess, flegmona, osteomielit, qisilgan chov churrasidan farqlash lozim. Qorin parda orti bo'shlig'i adenoflegmonasi appenditsit, paranefrit va psoas-abscess bilan taqqoslanadi.

Davosi. Adenoflegmona bilan og'rigan bemorlarni davolash boshqa yiringli kasalliklarda bo'lgani kabi kasallik chaqiruvchisiga,

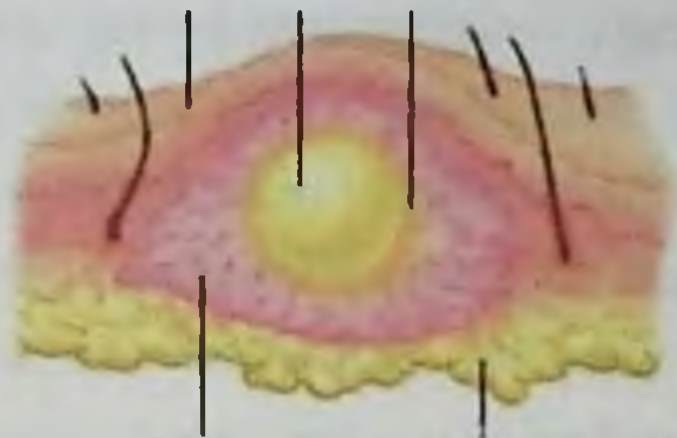
makroorganizmga va mahalliy o'choqqa ta'sir qilish yo'li bilan amalga oshiriladi. Bunda kasallikni keltirib chiqargan birlamchi o'choqqa ham e'tibor qaratiladi va davolash birgalikda olib boriladi. Bemorlarga antibiotiklar va sulfanilamid dorilar buyuriladi.

Antibiotiklarni antibiotikogramma asosida buyurishning va ularni regionli limfotrop yo'l bilan kiritishning ahamiyati benihoya kattadir. Makroorganizmga ta'sir qilish maqsadida immunostimulyatsiya qiluvchi (gammaglobulin, immunomodulin, metiluratsil, pentoksil va h.) va desensibilizatsiyalovchi dorilar, vitaminlar qo'llaniladi. Bir vaqtning o'zida bemorlarda bo'lgan yo'ldosh kasalliklar (anemiya, raxit, gipotrofiya) ham davolanadi.

Mahalliy o'choqqa ta'sir qilish uchun operativ davo o'tkaziladi. Operatsiya umumiy yoki mahalliy og'riqsizlashtirish ostida bajariladi. Buning uchun terisining nisbatan ko'proq qizargan, yumshagan joyidan kesiladi, yiringli bo'shliqqa qisqich yordamida kiriladi va 3% li vodorod peroksid, furatsillin eritmaları bilan yuvib tozalanadi. Bo'shliqda yiringli-nekrotik massalar ko'p bo'lsa, u past chastotali ultratovush bilan 3-5 daqiqa davomida ishlov beriladi. Keyin rezina chiqargich qoldirilib gipertonik bog'larni qo'yiladi (22-rasm). Jarohatda granulyatsion to'qimalar paydo bo'lgandan so'ng malhamli bog'lamlarga o'tiladi. Operatsiyadan keyingi davrda jarohatga UYuCh terapiya va geliy-neonli lazer tavsiya etiladi.

ABSSESS (KXT-10: L02)

Organ va to'qimalarning chegaralangan yiringli yallig'lanishiga abscess deyiladi.



23-rasm. Abscessning sxematik ko'rinishi

Etiopatogenezi. Kasallikni ko'pincha stafilokokk, kam hollarda streptokokk, pnevmokokk, ichak tayoqchasi, ko'kyiring tayoqcha, protey va anaerob mikroorganizmlar chaqiradi. Abscess kasalligi kelib chiqishi uchun sharoit yaratuvchi omillarga organizm himoya qobiliyatining gipo-, avitaminoz,

anemiya, moddalar almashinuvining buzilishi kasalliklari hisobiga pasayishi kiradi. Infeksiya to'qima va a'zolarga to'g'ridan-to'g'ri, limfogen yoki gematogen yo'llar bilan tushadi. Yosh bolalarda kasallik asosan teri va yumshoq to'qimalarning yiringli-yallig'lanish kasalliklaridan, shu jumladan furunkul, furunkulyoz, karbunkul, psevdofurunkulyoz, limfadenit, gematomaning yiringlanishidan so'ng rivojlanadi (masalan: abscesslashgan psevdofurunkul). Abscess yiring chaqiruvchi mikroblarning jarohatlarga (timalgan, shilingan) tushishidan va yot jismlarning to'qimalarga kirishidan so'ng ham kelib chiqadi.

Infeksiyaning aerobronxogen, limfogen yoki gematogen yo'llar bilan tushishi natijasida bolalarda o'pka abscesslari, chaqaloqlarda infeksiyaning kindik orqali tushishidan yoki qorin bo'shlig'idagi yiringli jarayonlardan so'ng jigar abscesslari uchrashi mumkin. Metastatik abscesslar infeksiyaning asosiy kasallik o'chog'idan tarqalishidan hosil bo'ladi (masalan: osteomielit hisobiga hosil bo'lgan piemik o'choqlar). Bemorlarga tibbiy muolajalar o'tkazish paytida aseptika va antiseptika qoidalarining buzilishi natijasida in'eksiyadan keyingi abscesslar rivojlanadi. Bundan tashqari, tuberkulyoz kasalligida yiringning bir bo'shliqdan to'qimalararo yoriqlar orqali tarqalib boshqa bo'shliqqa yig'ilishi kuzatiladi (sovuq yoki simptomatik abscess). O'rta

quloqning yiringli yallig'lanishidan so'ng miya abscessining kelib chiqishi ham bunga misol bo'la oladi (simptomatik abscess).

Abscess hosil bo'layotgan sohada yiringli - yallig'lanishning avj olishi hisobiga to'qimalar parchalanishi kuzatiladi. Bu esa o'z navbatida yiring, parchalangan to'qima elementlari, mikroblar va ularning toksinlari yig'iladigan bo'shliq hosil bo'lishiga olib keladi (23-rasm). Keyin bu bo'shliq atrofida to'qimalar infiltratsiyasi va granulyatsion to'qimalardan iborat abscess qobig'i (piogen membrana) shakllanadi. Agarda kasallik surunkali kechayotgan bo'lsa piogen qobiqda 2 ta qavat: granulyatsion to'qimalardan tashkil topgan ichki va yetilgan biriktiruvchi to'qimalardan shakllangan tashqi qavat hosil bo'ladi.

Klinikasi. Kasallikning klinik manzarasi abscessning qaysi a'zo va to'qimalarda joylashishi va uning hajmidan kelib chiqqan holda har xil kechadi. Abscess to'qimalarda yuzaki joylashganda terida shish, chegaralari aniq hosila va og'riq paydo bo'ladi. Uning hajmi kattalasha boradi, hosila usti terisi to'q qizil rangga kiradi va og'riq kuchayadi. Bo'shliqda yiring ko'paygan sayin flyuktuatsiya sinamasi yaqqolroq aniqlanadi. Bemorlarning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, tana harorati subfebril, ishtahasi past va darmonsiz bo'ladi. Kasallik to'qimalarda chuqur joylashganda o'sha sohada shish, og'riq (ayrim holatlarda pulsatsiyalanuvchi) va o'sha a'zo funksiyasining buzilishi kuzatiladi. Ammo terisida qizarish ko'zga tashlanmaydi va flyuktuatsiya sinamasini aniqlashning iloji bo'lmaydi. Bunday holatlarda diagnoz bo'shliqni punksiya qilish va boshqa tekshirish usullarini (ultratovush tekshirish, kompyuter tomografiya va h.) qo'llash yordamida qo'yiladi.

Metastatik abscesslar asosiy o'choqlardan ancha uzoqda joylashadi. U ham yuzaki, ham chuqur joylashgan bo'lishi mumkin. Ularda yiringli bo'shliqning shakli har xil, ya'ni oddiy aylanasimondan tortib, murakkab - ko'p sonli cho'ntaklari, ko'r yo'llari bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bunda kasallikning klinik manzarasi og'ir, ya'ni asosiy kasallik og'irligi bilan bevosita bog'liq kechadi (masalan: osteomielitning septikopiemik shakli).

Tuberkulyoz hisobiga vujudga keladigan sovuq abscesslarda mahalliy klinik belgilar yaqqol yuzaga chiqmaydi va bemorlar ahvolining og'irligi tuberkulyozning asosiy o'chog'ida kechayotgan jarayon og'irlik darajasiga mos keladi. O'rta quloqdan yiringning kalla bo'shlig'iga o'tishi natijasida miya abscessining kelib chiqishi bemorlar ahvolini keskin og'irlashtiradi, gektik harorat va nevrologik simptomlar yuzaga chiqadi.



24-rasm. Abssessni kesishning sxematik ko'rinishi

Abssesslarning ichki a'zolarida (o'pka, jigar) va katta qon tomirlar yonida joylashishi xavfli bo'lib, ularning qorin va plevra bo'shlig'iga yorilishidan peritonit, piotoraks, piopnevotoraks, avj olib boruvchi tromboflebit rivojlanadi. Appenditsitning asorati sifatida yuzaga chiqadigan ichaklararo, jigar osti va Duglas bo'shlig'i abscesslari ham kasallikning og'ir turlariga kiradi va bemorlarda o'ziga xos og'ir klinik manzarani keltirib chiqaradi. Bu kasalliklar diagnostikada ko'krak va qorin bo'shlig'i obzor rentgenografiyasi, ultratovush tekshirish, kompyuter tomografiya va diagnostik punksiyaning roli kattadir.

Differensial diagnozi. Kasallikni flegmona, gidradenit, gematoma, qon tomir o'smalari va chov churralaridan farqlash kerak.

Davosi. Abscess bilan og'irgan bemorlarni davolash yiringli infeksiyani davolashning qoidalari asosida kompleks ravishda amalga oshiriladi. Bunda asosiy e'tibor uni keltirib chiqargan kasalliklarga (osteomielitning septikopiemik shakli, destruktiv pnevmoniya, appenditsit, furunkulyoz, psevdofurunkulyoz va h.) qaratiladi va davolash muolajalari faol olib boriladi. Makroorganizmga ta'sir qilish maqsadida asosiy kasallikdan kelib chiqqan holda bemorlarga bir

guruhli qon, uning plazmasi, antistafilokokkli plazma, gammaglobulin, timalin, immunomodulin, yurak faoliyati va moddalar almashinuvini yaxshilovchi, desensibilizatsiyalovchi dorilar hamda simptomatik davo o'tkaziladi. Mikroorganizmga ta'sir qilish uchun antibiotiklar, sulfanilamid dorilardan foydalaniladi va ularni regionli limfatik yo'llar bilan kiritish yaxshi natija beradi. Bunda abscessning ayrim turlarida (masalan: timalgan jarohatdan infeksiya tushishi tufayli hosil bo'lgan yuzaki abscess) antibiotikoterapiya qo'llanilmasa va aksincha, uning boshqa shakllarida (o'pka va qorin bo'shlig'i abscesslari, osteomielitdagi metastatik abscesslar) bir vaqtning o'zida ikkita antibiotik antibiotikogramma asosida qo'llaniladi.

Kasallik mahalliy tomondan qaysi a'zo yoki to'qimalarda joylashishidan qat'iy nazar operativ yo'l bilan davolanadi (24-rasm). Ular ichki a'zo va to'qimalarda chuqur joylashganda operatsiya umumiy narkoz ostida o'tkaziladi. Yuzaki joylashgan abscesslarda operatsiya ko'pincha mahalliy og'riqsizlantirish yo'li bilan bajariladi. Ayrim yuzaki joylashgan abscesslarda (masalan: abscesslashgan psevdofurunkulyoz) operatsiyani premedikatsiyadan so'ng ham o'tkazsa bo'ladi. Operatsiya paytida yiringli bo'shliq antiseptik eritmalar bilan yuvib tozalanadi, bo'shliqqa rezina chiqargich qoldirilib, gipertonik bog'lama qo'yiladi. Bo'shliq hajmi katta bo'lsa yoki qo'shimcha cho'ntaklari bo'lganda kontraperturali kesmalar qilinadi. Surunkali abscesslarda operatsiya paytida piogen qobiq olib tashlanadi va bo'shliq past chastotali ultratovush bilan ishlov beriladi.

O'pka abscessi yiringli bo'shliqni punksiya qilish va antibiotik yuborish, uni Seldinger usulida (o'mrov osti venasi kateterizatsiyasi kabi) yoki bronxoskop yordamida drenajlash usullari bilan davolanadi. Qorin bo'shlig'i abscesslari, shu jumladan jigar abscessi laparotomiya qilish yo'li bilan davolansa, aksincha, Duglas bo'shlig'i abscessi to'g'ri ichak orqali operatsiya qilinadi. Operatsiyadan keyingi davrda jarohatga UYuCh va geliy- neonli lazer qo'llaniladi. Jarohatda granulyatsion to'qimalar paydo bo'lgandan so'ng malhamli bog'lamlarga o'tiladi. Qorin oldingi devori va ko'krak qafasiga UYuCh, infraqizil lazer, kaliy

yod va novokain bilan elektroforez hamda quyosh chigaliga UYuCh buyuriladi.

FLEGMONA (KXT-10: L03)

To'qimalarning, asosan siyrak biriktiruvchi to'qimalarning tarqalgan o'tkir yiringli yallig'lanishiga flegmona deyiladi.

Kasallik ko'pincha siyrak biriktiruvchi to'qimalarda (teri osti yog' kletchatkasi) uchragani uchun ham ayrim adabiyotlarda teri osti yog' qatlamining chegaralanmagan yiringli yallig'lanishiga flegmona deb aytiladi (25-rasm). Biroq, flegmona kasalligi teri osti yog' qatlami bo'lmagan a'zolarida (oshqozon, mushaklararo flegmona va h.) ham uchrashi mumkin. Shunday ekan, bizning fikrimizcha birinchi ta'rif yallig'lanish jarayonining qaysi to'qimani zararlashidan qat'iy nazar kasallik haqida to'liq tushuncha beradi.



25-rasm. Chap qo'l va chap boldir sohalari flegmonasi

Etiopatogenezi. Kasallikni chaqiruvchilari asosan stafilokokk, stafilokokk assotsiatsiyalari, ayrim hollarda streptokokk, ichak tayoqchasi va anaerob mikroblar hisoblanadi. Flegmona rivojlanishi uchun moyillik yaratuvchi omillarga immunitetning susayishi, kasallik paydo bo'lishida bevosita ishtirok etayotgan a'zo va to'qimalarning anatomo-fiziologik xususiyatlari (chaqaloqlar nekrotik flegmonasining etiopatogenezig qarang), teri va shilliq qavatlar butunligining buzilishi hamda shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilinmasligi kiradi.

Kasallik qo'zg'atuvchilari to'qimalarga to'g'ridan-to'g'ri, limfogen va gematogen yo'llar bilan tushadi. Kasallik jarohatlar (kesilgan, chopilgan, ezilgan va h.) va yiringli-yallig'lanish kasalliklarining (piodermiya, furunkul, karbunkul, saramas, va h.) asorati sifatida

ikkilamchi rivojlanishi mumkin. Shikastlanishlar va to'qimaga yot jismlar tushishi ham flegmonalar hosil bo'lishi uchun sharoit yaratadi. In'eksiyadan keyingi flegmonalar to'qimalarda nekroz chaqirish xususiyatiga ega bo'lgan dorilarning (10% li kalsiy xlor, 25% li magnezium sulfat, reopirin va h.) mushak ichiga kiritilishidan va tibbiy xodimlarning muolajalar paytida aseptika va antiseptika qoidalariga rioya qilmasligidan kelib chiqadi.

Bundan tashqari, flegmonalar infeksiyaning qo'shni joylashgan a'zolaridan kelib tushishidan ham paydo bo'ladi. Kalkulyoz pielonefrit, apostematoz nefrit va pionefroz kasalligidan so'ng infeksiya buyrak atrofi kletchatkasiga tarqalishi va anal teshigi yorig'i, proktitdan keyin to'g'ri ichak atrofi kletchatkasiga o'tishi hamda qizilo'ngach, traxeya va bronxlar teshilganda infeksiya ko'ks oralig'iga asoratlanishi mumkin. Shu sababli flegmonaning bu sohalarda joylashishi maxsus nomlar bilan ataladi. Masalan: buyrak atrofi kletchatkasining yallig'lanishiga paranefrit; to'g'ri ichak atrofi kletchatkasining yallig'lanishiga paraproktit; ko'ks oralig'i kletchatkasining yallig'lanishiga mediastinit deyiladi.

Klinikasi. Kasallikning klinik manzarasi flegmonaning qaysi sohada joylashishiga va uning chuqurligiga bog'liq bo'ladi. Yuzaki joylashgan flegmonalar terida shish va og'riq paydo bo'lishi bilan o'tkir boshlanadi. Shish ko'payib, chegaralari aniq bo'lmagan infiltrat rivojlanadi va terisi to'q qizil rangga kiradi. Paypaslaganda to'qimalar zichlashganligi seziladi va og'riq kuchayadi. Keyinchalik infiltrat o'rtasi yumshaydi va flyuktuatsiya sinamasi aniqlanadi. Ushbu klinik belgilar kasallikning umumiy simptomlari (tana haroratining ko'tarilishi, bezovtalanishi, ishtahasining pasayishi va h.) bilan birgalikda kechadi, biroq ular yuzaki flegmonalarda yaqqol yuzaga chiqmaydi.

Flegmonalar chuqur joylashganda kasallik umumiy simptomlar bilan o'tkir boshlanadi. Bemorlar tana haroratining ko'tarilishi, varaja, bosh og'rig'i, umumiy holsizlik va ishtahasining yo'qolishidan shikoyat qiladilar. Mahalliy tomondan terida shish, chegaralari aniq bo'lmagan og'riqli zich infiltrat va o'sha a'zo funksiyasining buzilishi aniqlanadi,

lekin terisida qizarish bo'lmaydi. Bolalarda mahalliy jarayonning atrof to'qimalarga tarqalishga moyilligi kuchli bo'ladi. Ko'ks oralig'i, chanoq, qorin orti bo'shlig'i va yuz flegmonalari xavfli bo'lib, ular og'ir asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin. Flegmonani chirindi va anaerob infeksiyalar chaqirgan bo'lsa, kasallik o'ziga xos klinik belgilar bilan kechadi (bemorlarning ahvoli o'ta og'ir bo'lib, ularda apatiya, eyforiya, talvasa kuzatiladi, jarohatidan qo'lansa hidli kulrang yiring, gazli va gemorragik ajralma keladi hamda krepitatsiya va ligatura simptomi aniqlanadi).

Flegmonaning asoratlariga limfangit, limfadenit, saramas, yiringli artrit, tendovaginit, yuz venalarining avj olib boruvchi tromboflebiti, yiringli meningit va sepsis kiradi.

Differensial diagnozi. Kasallikni abscess, saramas, gidradenit, limfangit, tromboflebit va osteomielitlardan farqlash lozim.

Davosi. Flegmona bilan og'riqan bemorlar shifoxona sharoitida davolanadi. Ularga yotoq tartibi, ko'p suyuqliklar ichish, yuqori kaloriyalik, vitaminlarga boy va yengil hazm bo'luvchi ovqatlar tavsiya etiladi. Davolash faol ravishda yiringli infeksiyani davolashning 3 ta qoidasi asosida olib boriladi. Bemorlarga bir guruhli qon, antistafilokokkli plazma, gemodez, reopoliglyukin, albumin, 10% li glyukoza, kokarboksilaza, vitaminlar, timalin, immunomodulin, gammaglobulin, metiluratsil, retabolil, kalsiy glyukonat va boshqa dorilar tayinlanadi.

Kasallik chaqiruvchilariga ta'sir qilish maqsadida antibiotiklar va sulfanilamid preparatlar qo'llaniladi. Antibiotikoterapiya keng spektrli antibiotiklardan boshlanadi. Kasallik og'ir kechayotgan bo'lsa, bir yo'la ikkita antibiotik buyuriladi. Antibiotikogramma xulosalaridan so'ng antibiotiklar o'zgartiriladi. Antibiotiklarni regionli limfotrop yo'l bilan kiritishning va uni boshqa usullar (v/i, m/i) bilan birgalikda qo'llashning ahamiyati juda katta. Kasallik anaerob infeksiyalar bilan chaqirilganda bemorlarga xloramfenikol, klindamitsin, flagil (trixopol) kabi dorilar beriladi.

Mahalliy davo asosan operativ yo'l bilan amalga oshiriladi. Kasallikning dastlabki bosqichida yallig'lanish o'chog'iga UYuCh

terapiya va malhamli bog'lamlar qo'yiladi (chaqaloqlar nekrotik flegmonasi bunga kirmaydi va uning davosi alohida mavzuda berilgan). Yiring hosil bo'lganiga shubha qilinganda operativ davo o'tkazishni taqozo etadi. Operatsiya umumiy narkoz ostida, ayrim holatlarda mahalliy og'riqsizlantirish yo'li bilan bajariladi. Kesmalar nisbatan katta va lozim deb topilganda kontraperturali qilinadi. Yiringli bo'shliq antiseptik eritmalar bilan yuvib tozalanadi, drenajlanadi va gipertonik bog'lam qo'yiladi. Jarohatning yiringli-nekrotik massalardan tezroq tozalanishi uchun bo'shliqni operatsiya paytida past chastotali ultratovush bilan ishlov berish yaxshi natija beradi. Operatsiyadan keyingi jarohatga UYuCh va geliy-neonli lazer tavsiya qilinadi.

So'nggi yillarda flegmonalarni davolashda aktiv jarrohlik taktikasi qo'llanilmoqda (operatsiya vaqtida jarohat bo'shlig'i ultratovush va lazer nurlari bilan ishlov beriladi, maxsus naychalar orqali drenajlanadi va jarohatga birlamchi choklar qo'yiladi). Paranefritda lyumbotomiya qilinib bo'shliq drenajlanadi va aksincha kasallik pionefroz hisobiga rivojlangan bo'lsa nefrektomiya operatsiyasi o'tkaziladi. Mediastinit kasalligi oldingi (suprayugulyar) va orqa (plevradan tashqari) mediastinotomiya qilish va drenajlash yo'li bilan davolanadi.

Anaerob infeksiya hisobiga vujudga keladigan flegmonalarda operatsiya paytida jarohatlar keng kesiladi, lampas kesmalar qilinadi, o'lgan to'qimalar olib tashlanadi, bo'shliq oksidlovchi antiseptik eritmalar (3% li vodorod peroksid, kaliy permanganat, 1-2% li xloramin) bilan yuviladi va drenajlanadi. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarga gangrenaga qarshi zardoblar va giperbarik oksigenatsiya qo'llaniladi.

PANARITSIY (L 03.0)

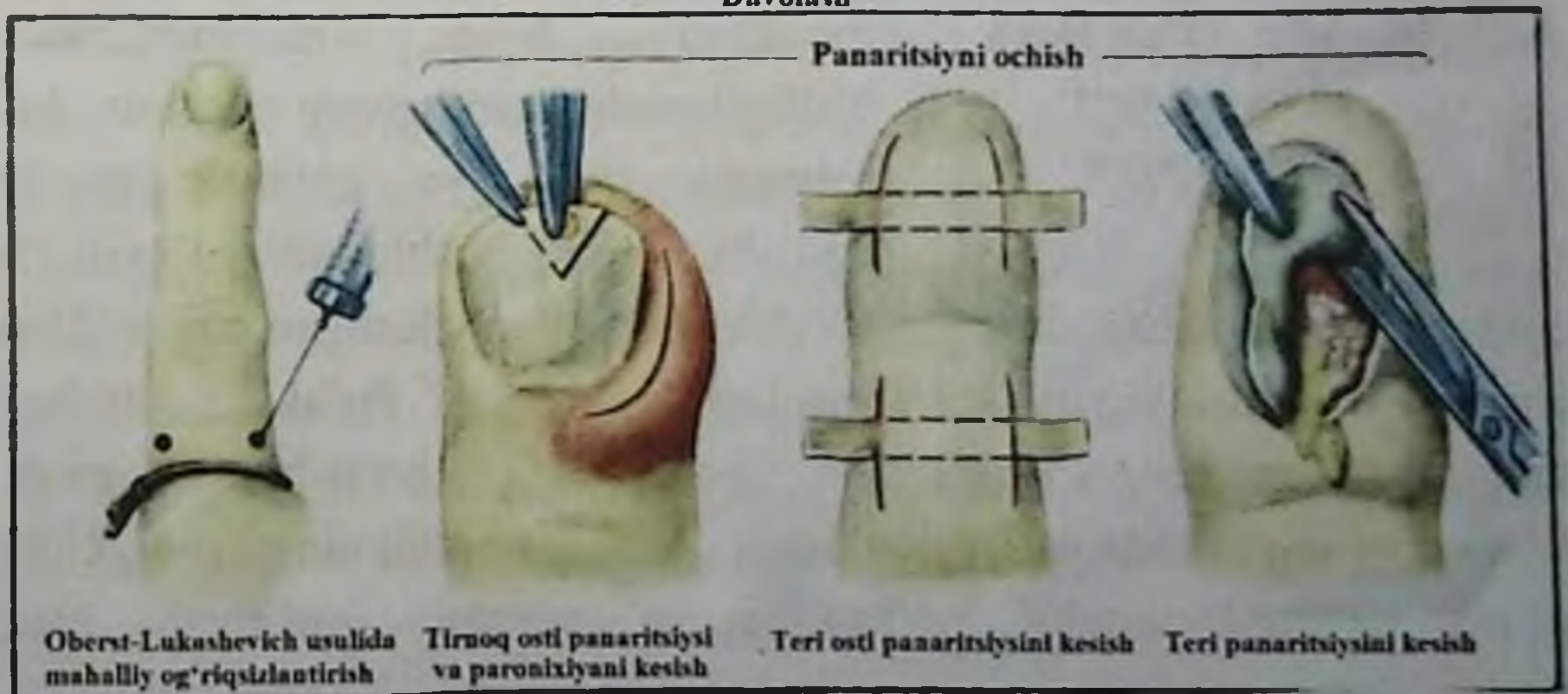
Barmoq sohasi to'qimalarining, shu jumladan teri, teri osti yog' kletchatkasi, pay, suyak va bo'g'imlarning yiringli yallig'lanishiga panaritsiy deyiladi.

Etiopatogenezi. Kasallikni asosan stafilokokk, stafilokokk assotsiatsiyalari, kam hollarda streptokokk va boshqa mikroblar chaqiradi. Infeksiya to'qimalarga to'g'ridan-to'g'ri yo'l bilan kichik

jarohatlar (igna kirishi, timalish, kesilish) va yot jismlar tushishi (tikan, shisha, temir parchalari) orqali kiradi. Ayrim holatlarda mikroblar



Davolash



gematogen va limfogen yo'llar (osteomielit, yiringli tendovaginit) bilan tushishi mumkin. Kasallik rivojlanishi barmoqlarning anatomo-fiziologik xususiyatlariga, bola organizmi immunobiologik reaktivligiga va mikroblarning virulentligiga bog'liq bo'ladi. Barmoqlar kaft yuzasi terisidan fibroz tolalarning pay qinlariga va suyakka qarab ko'ndalang tartibda ketishi kaft terisining zichlashishiga sabab bo'ladi. Shuning uchun ham, yallig'lanish o'chog'ida hosil bo'lgan yiring ko'pincha teridan tashqariga emas, balki chuqur joylashgan to'qimalarga qarab tarqaladi. Bunda infeksiya pay va sinovial qinlar buylab ichkariga qarab ketishi mumkin. Ular II-III va IV barmoqlarda bir-biridan alohida bo'lsa, I va V barmoqlarda esa bilak va tirsak sinovial xaltalari bilan qo'shilgan bo'ladi. Odatda bu xaltalar kaft usti kanali sohasida kaft chuqurligida bir-biriga tutashadi. Shuning uchun yallig'lanishning I va V barmoqlar paylarida joylashishi infeksiyaning bilak sohasiga, ya'ni Paron-Pirogov bo'shlig'iga o'tib ketish xavfini tug'diradi.

Klinikasi. Kasallikning klinik manzarasi panaritsiy turidan kelib chiqqan holda har xil bo'ladi.



26-rasm. O'ng bosh barmoq teri panaritsiysi

Teri panaritsiysi. Bu ko'pincha yosh bolalarda uchraydi. Bunda yallig'lanish jarayoni epidermis ostida joylashadi. Kasallik barmoqning kaft va orqa yuzasida va 3 ta falangasida joylashishi hamda atrofga tarqalishga moyilligi bilan xarakterlanadi. Yallig'lanish barmoqning ma'lum bir sohasida shish va qizarish paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Keyin u

epidermisni pufakcha shaklida ko'chiradi va yupqalashgan teri ostidan yiringga o'xshash suyuqlik ko'zga tashlanib turadi. Pufakcha ichidagi suyuqlik serozli, yiringli va gemorragik bo'lishi mumkin. Panaritsiyning boshqa turlaridan farqli o'laroq, kasallikning bu shaklida og'riq unchalik kuchli bo'lmaydi va barmoq funksiyasi ham

buzilmagan bo'ladi. Ayrim paytlari teri panaritsiysi regional limfangit va limfadenit klinikasini keltirib chiqaradi.

Teri osti panaritsiysi. Panaritsiylarning eng ko'p uchraydigan (50 % dan ko'p) turi bo'lib, bunda yiringli jarayon teri osti yog' qatlamida joylashadi. Kasallik ko'proq barmoqning kaft yuzasi va II barmoqda uchraydi. Panaritsiy barmoqda og'riq, shish va shu a'zo funksiyasining buzilishi bilan o'tkir boshlanadi. Og'riq kuchayib boradi, u chidab bo'lmaydigan va pulsatsiyalanuvchi xarakterga ega bo'ladi. Barmoq sohasidagi shish va qizarish ko'payib terisi taranglashadi. Bo'g'imlarda harakat saqlangan bo'lsada og'riqli bo'ladi. Og'riq tufayli bemorlarning uyqusi buziladi, kechalari yurib chiqadi, iloji boricha qo'lini qimirlatmaslikka harakat qiladi. Ularning tana harorati ko'tariladi va ishtahasi yo'qoladi. Bemorlar o'z vaqtida davolanmasa, kasallik pay, suyak va bo'g'im panaritsiylariga o'tadi hamda limfangit va limfadenitlarga asoratlanadi.

Tirnoq valiki panaritsiysi (paronixiya). Kasallikning bu turida yallig'lanish timoq atrofi valikida kechadi. Paronixiy bolalarda kattalarga nisbatan ko'proq uchraydi. Kasallik timoq atrofi valikida shish va qizarish paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Qaraganda shish timoqdan ko'tarilgan, terisi qizargan bo'ladi va yupqalashgan teri ostidan yiring ko'rinib turadi. Paypaslaganda biroz og'riqli bo'lib, ayrim paytlari yiring valik tagidan ajraladi. Kasallik o'z vaqtida davolanmasa, yiring timoq tagiga o'tishi va timoq osti panaritsiysi rivojlanishi mumkin.

Tirnoq osti panaritsiysi. Panaritsiyning bu turida yiring timoq ostida hosil bo'lishi bilan xarakterlanadi. Kasallik timoq ostiga yot jismlar (ko'pincha tikan) kirishidan, paronixiya va timoq atrofi panaritsiysi hamda timoq falangasi osteomielitlaridan so'ng rivojlanadi. Kasallik timoq falangasida og'riq, shish va qizarish paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Lekin panaritsiyning bu turida shish va qizarish unchalik kuchli bo'lmaydi. Keyin tirnoq tagida yiring yig'iladi va timoq o'z o'midan qisman yoki asta-sekinlik bilan to'lig'icha ko'chadi. Paypaslaganda og'riq kuchli bo'lib, u lo'qillovchi xarakterga ega bo'ladi va timoqqa salgina tekkanda ham bemorlar juda bezovtalanadi.

Ularning tana harorati ko'tariladi va uyquasi buziladi. Kasallik uzoq davom etganda yiring timoq tagidan tashqariga chiqa boshlaydi.

Pay panaritsiysi (tendovaginit). Bunda yallig'lanish pay va sinovial qinlar bo'ylab tarqaladi va panaritsiyning og'ir turlaridan biri bo'lib hisoblanadi. Kasallik ko'pincha teri osti, suyak va bo'g'im panaritsiyalaridan (ikkilamchi) hamda kam hollarda infeksiyaning gematogen va limfogen yo'llar (birlamchi) bilan tushishidan so'ng rivojlanadi. Ayniqsa, panaritsiyning I va V barmoqlar paylarida joylashishi xavfli bo'lib, bunda yallig'lanish kaftning bilak va tirsak sinovial qinlari vositasida Paron-Pirogov bo'shlig'iga o'tishi va bilakning pastki sohasi (kaftning Y simon) flegmonasini keltirib chiqarishi mumkin. Hammamizga ma'lumki, Paron-Pirogov bo'shlig'i bilakning chuqur qavatlarida joylashgan bo'lib, u orqadan kvadrat pronator, bilak suyaklari va kaftning chuqur fassiyasi hamda oldindan barmoqlarni bukuvchi chuqur mushak va bosh barmoqni bukuvchi uzun mushak paylari bilan chegaralanadi. Yana shuni e'tirof etish kerakki, kasallik asosan barmoqlarni bukuvchi paylarida kechadi.

Pay panaritsiysida barmoq hamma qismining shishishi va uning yarim bukilgan holatga kelishi kuzatiladi. Kuchli lo'qillovchi og'riq paydo bo'lib, u tufayli nafaqat zararlagan barmoq, balki boshqa qo'shni barmoqlar ham yarim bukilgan holatni egallaydi. Barmoqni to'g'rilashga harakat qilish og'riqning keskin kuchayishiga olib keladi. Keyin barmoqdagi shish, qizarish ko'payadi va barmoqlararo egatchalar tekislanadi. Bemorlarning ahvoli og'irlashadi, tana harorati ko'tariladi, ishtahasi yo'qoladi va og'riq tufayli kechasi uxlay olmaydi.

Kasallik o'z vaqtida davolanmasa, pay panaritsiysi avj olib boruvchi bilak (kaftning Y simon) flegmonasiga, suyak, bo'g'im panaritsiyalariga, bilak va tirsak tendobursitiga hamda regional limfangit va limfadenitlarga asoratlanadi. Bundan tashqari, paylar qonsizlikka judayam sezuvchan bo'lib, yallig'lanish o'chog'ida hosil bo'lgan ekssudat paylarni oziqlantiruvchi arteriyani bosishi hisobiga qisqa muddat ichida paylarda nekroz yuzaga chiqishi mumkin.

Suyak panaritsiysi. Suyak panaritsiysi odatda o'z vaqtida davolanmagan yoki noto'g'ri davolangan teri osti, pay panaritsiyalaridan

so'ng rivojlanadi. U kamdan-kam hollarda infeksiyaning boshqa infeksiya o'choqlaridan gematogen, limfogen yo'llar bilan tushishi natijasida kelib chiqadi. Kasallik asosan barmoqning oxirgi falangasini zararlaydi. Suyak panaritsiysi barmoqning oxirgi falangasida og'riq va shish hosil bo'lishi bilan boshlanadi. Og'riq doimiy va lo'qillovchi xarakterga ega bo'lib, u barmoqni nafaqat harakatlantirganda, balki tinch turgan holatida ham aniqlanadi. Keyin o'sha sohada qizarish paydo bo'lib, terisi taranglashadi va shish boshqa falangalarga ham tarqaladi. Asta-sekinlik bilan oxirgi falanga kolbasimon shaklni oladi. Bemorlarning tana harorati $39-40^{\circ}\text{S}$ gacha ko'tariladi, ishtahasi yo'qoladi, uyqusi buziladi va bemorlar qo'lini iloji boricha qimirlatmaslikka harakat qiladi. Ayrim holatlarda, suyak panaritsiysini teri osti panaritsiysi deb operatsiya qilinadi va jarohat tubi taftish qilinmaydi. Bunda operatsiyadan keyin bemorlarning ahvoli biroz yaxshilanganday, og'riq va shish kamayganday bo'lib ko'rinadi. Ammo ularning jarohati uzoq vaqt bitmaydi, yiringli ajralma kelib turadi va zamburug'simon granulyatsion to'qimalar paydo bo'ladi hamda ba'zan jarohatidan suyak parchalarining ajralishi ham kuzatiladi.

Barmoq suyaklari rentgenografiya qilinganda oxirgi falangada suyak destruksiyasi, osteoporoz yoki sekvestrlar ko'rinadi. Suyak panaritsiysida rentgenologik o'zgarishlar G.A.Bairov fikri bo'yicha kasallik boshlanishining 6-10 kunlari, V.I.Struchkov bo'yicha 2- haftaning oxiri va 3-haftaning boshida ko'rinadi.



27-rasm. Chap to'rtinchi barmoq bo'g'im panaritsiysi

Bo'g'im panaritsiysi. Panaritsiyning

bu turi odatda katta odamlarda uchraydi. Kasallik ko'pincha teri osti, suyak panaritsiylarida yiringli jarayonning bo'g'imga tarqalishi va bo'g'im shikastlanishlarida mikroblarning tashqaridan tushishi hisobiga vujudga keladi (27-rasm).

Kasallik teri osti, suyak panaritsiylari klinik manzarasining avj olishi bilan kechadi. Bunda barmoqning tashqi yuzasida shish ko'payadi, falangalararo egatchalar tekislanadi va bo'g'im urchuqsimon shaklni oladi. Og'riq kuchli, lo'qillovchi xarakterga ega bo'ladi. Bo'g'imda harakatning keskin chegaralanishi aniqlanadi. Kasallikning uzoq vaqt davom etishi patologik chiqish, ankiroz va oqmalar kabi asoratlarni keltirib chiqaradi. Rentgenogrammada suyakning bo'g'im yuzasida destruksiya kuzatiladi.

Davosi. Panaritsiy bilan og'riqan bemorlarni davolash kasallikning bosqichidan va uning turidan kelib chiqqan holda olib boriladi.

Kasallikning infiltratsiya bosqichida bemorlarga antibiotiklar va desensibilizatsiyalovchi dorilar buyuriladi. Mahalliy tomondan 10% li natriy xlor va kaliy permanganat eritmaları bilan issiq vannalar qilinadi, spirtli kompress va malhamli bog'lamlar qo'llaniladi. Infiltrat sohasiga UBN, UYuCh va geliy-neonli lazer qo'yish ham yaxshi natija beradi.

Teri panaritsiyasida yiring hosil bo'lganda pufakcha o'tkir qaychi yordamida kesib olinadi, 3% li vodorod peroksid, furatsillin eritmaları bilan yuviladi va malhamli bog'lam qo'yiladi. Kasallik limfangit va limfadenitlarga asoratlanganda bemorlarga regionli limfotrop antibiotikoterapiya boshlaniladi va fizioterapevtik muolajalar davom ettiriladi.

Timoq valiki panaritsiysi (paronixiya) bolalarda ko'pincha og'riqsizlantirishsiz kesiladi. Lozim deb topilganda xloretil bilan mahalliy og'riqsizlantiriladi. Bunda timoq valiki kesiladi, yiringi chiqariladi, antiseptik eritmalar bilan yuviladi va gipertonik bog'lam qo'yiladi.

Timoq osti panaritsiyasida operatsiya Oberst-Lukashevich bo'yicha mahalliy - o'tkazuvchi anesteziya ostida o'tkaziladi. Agarda timoq qisman ko'chgan bo'lsa o'sha qismi kesib olinadi. Timoqning ko'p qismi ko'chganligi, uning to'lig'icha olib tashlanishi uchun ko'rsatma bo'ladi.

Teri osti panaritsiyasida ham operatsiya Oberst-Lukashevich usulida og'riqsizlantirish yo'li bilan amalga oshiriladi. Operatsiya maydoni ishlov berilgandan so'ng barmoqning ikki tomonlama kaft-yon

yuzasidan uzunasiga qilib terisi kesiladi va qisqich yordamida yiringli bo'shliqqa tushiladi. Bo'shliq 3% li vodorod peroksid, furatsillin eritmaları bilan yuvib tozalanadi va iloji boricha nekrozga uchragan to'qimalar olib tashlanadi. Suyakda o'zgarish bor-yo'qligi tekshiriladi. Jarohatda rezina chiqargich qoldiriladi va gipertonik eritma bilan bog'lam qo'yiladi. Jarohat yiringli-nekrotik massalardan tozalangandan so'ng malhamli bog'lamga o'tiladi. Operatsiyadan keyin barmoqlar shina yordamida bir necha kungacha immobilizatsiya qilinadi. Bemorlarga antibiotiklar va og'riq qoldiruvchi dorilar buyuriladi.

Pay panaritsiyasida operatsiya umumiy narkoz yoki Oberst-Lukashevich usulida mahalliy og'riqsizlantirish ostida olib boriladi. Operatsiya barmoqlar asosiy falangasida oldingi - yon yuzasidan ikki tomonlama parallel kesmalar o'tkazish yo'li bilan boshlanadi. II, III va IV barmoq pay panaritsiyalarida pay qinlari shu o'tkazilgan kesmalar orqali kesiladi va drenajlanadi. Aksincha, I va V barmoq tendovaginitlarida shu kesmalar yordamida pay qinlarini kesish va drenajlash yetarli emas. Bunda yuqoridagilarga qo'shimcha ravishda bilak va tirsak sinovial xaltalari bilakning pastki qismidan o'tkazilgan alohida kesmalar yordamida drenajlanadi. Yiringli bo'shliqlar drenajlanishi uchun rezina chiqargich yoki kichik diametrli bir necha joyidan teshik qilingan kateterlardan foydalaniladi. Operatsiyadan keyin qo'l gipsli longeta yoki shina yordamida immobilizatsiya qilinadi. Bemorlarga antibiotiklar, desensibilizatsiyalovchi va og'riq qoldiruvchi dorilar buyuriladi. Pay panaritsiyasida fizioterapevtik muolajalarni va davolash gimnastikasini erta boshlashning ahamiyati kattadir.

Bo'g'im panaritsiyasi bo'g'imni punksiya qilish va unga antibiotik yuborish hamda u natija bermaganda artrotomiya qilish va bo'g'imni drenajlash bilan davolanadi. Buning uchun bo'g'imning orqa yuzasidan ikkita parallel kesmalar o'tkazilib bo'g'imga kiriladi. Bo'g'im bo'shlig'i antiseptik eritmalar bilan yuvilgandan so'ng rezina chiqargich yordamida drenajlanadi. Suyakning bo'g'im yuzasini rezeksiya qilish operatsiyasi yosh bolalarda qo'llanilmaydi. Bo'g'im

panaritsiysida operatsiyadan so'ng zararlangan qo'l-oyoq immobilizatsiyalanadi.

Suyak panaritsiysida ham operatsiya umumiy yoki mahalliy - o'tkazuvchi anesteziya ostida bajariladi. Operatsiya vaqtida kesmalar falanga oxiridan yoysimon shaklda yoki kaft-yon yuzasidan ikki tomonlama uzunasiga qilib o'tkaziladi. Yiring chiqarilgandan so'ng taftish qilinadi. Agarda suyak yalang'ochlangan yoki suyak usti g'adir-budir bo'lsa, bemorlarga shu barmoq suyagi osteomieliti diagnozi qo'yiladi. Operatsiya paytida jarohatdan sekvestrlarning topilishi kasallikning surunkali bosqichga o'tganligidan dalolat beradi va sekvestrektomiya operatsiyasi qilinadi. Operatsiyadan keyin bemorlarga antibiotiklar, kalsiy glyukonat, fitin, metiluratsil hamda jarohatiga UBN, UYuCh, geliy-neonli lazer va issiq vannalar tavsiya etiladi. Suyak panaritsiysida antibiotiklarni suyak ichiga yuborish yaxshi natija beradi. Bu maqsadga ko'pincha linkomitsindan foydalaniladi.

PARAPROKTIT (KXT-10 K61)

Anal teshigi va to'g'ri ichak atrofi kletchatkasining yallig'lanishiga paraproktit deyiladi.

Etiopatogenezi. Kasallikni asosan ichak tayoqchasi, stafilokokk, ichak tayoqchasining stafilokokk yoki streptokokkli assotsiatsiyalari hamda kam hollarda anaerob mikroblar chaqiradi. Infeksiya ko'pincha to'g'ri ichakning shikastlangan shilliq qavati yoki anal teshigi atrofi terisi va anal kriptalariga ochilgan anal bezi yo'llari orqali kiradi. G.A. Bairov (1991) fikriga qaraganda kasallik kichik yoshdagi bolalarda, shu jumladan chaqaloqlarda asosan stafilokokk tomonidan chaqiriladi va bunda mikroblar yallig'lanish o'chog'iga gematogen yoki limfogen yo'llar bilan tushadi.

Paraproktit kelib chiqishi uchun sharoit yaratuvchi omillarga to'g'ri ichak shilliq qavatining ich ketishi yoki ich qotishi hisobiga vujudga keladigan jarohatlari, anal teshigi va oraliq sohasi kasalliklari (anal teshigi yorilishi, proktit, piodermiya va h.), gijjalar, bola organizmi himoya qobiliyatining pastligi va gigiena qoidalariga rioya qilinmasligi

kiradi. Bundan tashqari, chaqaloqlarda tug'ma pararektal oqmalar bo'lishi, anal teshigi sohasida kalsiy tuzlarining yig'ilishi (kalsinoz) va anal bezi yo'llarining anal kriptalariga anomal yoriqlar, kanallar sifatida noto'g'ri ochilishlari kasallik rivojlanishi uchun asosiy moyilliklar bo'lib hisoblanadi (A.I.Lenyushkin, 1990). Tug'ma pararektal oqmalarning mavjudligi bemorlarda kasallikning surunkali kechishiga va uning tez-tez qaytalanib turishiga olib keladi.

Paraproktit bolalarda kattalarga nisbatan kamroq uchraydi. O'g'il bolalar qiz bolalarga qaraganda paraproktit bilan ko'proq og'riydi.

O'TKIR PARAPROKTIT

Yiringli o'choqning joylashgan sohasiga qarab o'tkir paraproktitning 5 xil turi tafovut qilinadi: teri osti, shilliq osti, ishiorektal, pelviorektal va retrorektal. Shulardan, teri osti va shilliq osti paraproktitlari bolalarda 95-97 % gacha, ishiorektal paraproktit esa 3-5 % gacha uchraydi. Pelvio va retrorektal paraproktitlar yosh bolalarda aytarlik darajada uchramaydi (A.I.Lenyushkin, 1990).

Tasnifi. Paraproktitning bir necha tasniflari mualliflar tomonidan taklif qilingan. Shulardan V.D. Fyodorov, Yu.V. Dulsev (1984) buyicha tasnifni keltirib o'tamiz:

I. Etiologik belgilariga qarab:

- a) nospesifik (banal);
- b) spesifik;
- v) posttravmatik.

II. Yallig'lanish jarayonining faolligiga qarab:

- a) o'tkir;
- b) qaytalanuvchi;
- v) surunkali (to'g'ri ichak oqmalari).

III. Infiltrat va yiringli o'choqlarning joylashishiga qarab:

- a) teri osti;
- b) shilliq osti;
- v) ishiorektal (quymich-to'g'ri ichak);
- g) pelviorektal (chanoq-to'g'ri ichak);

d) retrorektal (to'g'ri ichak orti).

IV. Oqma ichki teshigining joylashishiga qarab:

a) oldingi;

b) yon;

v) orqa.

V. Oqma yo'lining sfinkter tolalariga munosabatiga qarab:

a) intrasfinkter (teri va shilliq osti);

b) transsfinkter;

v) ekstrasfinkter (I-IV darajali murakkablikda).

Kichik yoshdagi bolalar uchun A.J. Xamroev (1998) tomonidan taklif qilingan tasnifdan ham foydalansa bo'ladi:

I. O'tkir paraproktit:

A. Geneziga qarab:

a) tug'ma;

b) orttirilgan.

B. Kelib chikish yo'liga qarab:

a) birlamchi;

b) ikkilamchi.

V. Joylashishiga qarab:

a) teri osti;

b) shilliq osti;

v) quymich-to'g'ri ichak;

g) to'g'ri ichak orti.

G. Natijasiga qarab:

a) asoratlanmagan;

b) asoratlangan (xurujlanuvchi va surunkali).

II. Xurujlanuvchi paraproktit.

III. Surunkali paraproktit:

A. Geneziga qarab:

a) tug'ma;

b) orttirilgan.

B. Oqma yo'lining shakliga qarab:

a) oqmali;

b) oqmasiz.

V. Oqmaning turiga qarab:

a) to'liq;

b) noto'liq.

G. Oqmaning murakkabligiga qarab:

a) oddiy;

b) murakkab.

D. Oqmaning sfinkterga nisbatan joylashishiga qarab:

a) sfinkterdan ichkari;

b) sfinkter orqali;

v) sfinkterdan tashqari.

Ye. Oqmaning segmentar joyiga qarab:

a) oldingi;

b) orqa;

v) yon (chap yoki o'ng).

J. Natijasiga qarab:

a) asoratlanmagan;

b) asoratlangan (anus sfinkteri funksiyasi yetishmovchiligi).

Klinikasi. Paraproktitning klinik manzarasi yiringning joylashgan sohasidan kelib chiqqan holda har xil bo'ladi. Yiring qanchalik chuqur joylashgan bo'lsa umumiy klinik belgilar va chanoq a'zolari funksiyasining buzilishlari shunchalik darajada og'ir kechadi. Teri osti va shilliq osti paraproktitlari bemorlar tana haroratining ko'tarilishi va bezovtalanishi bilan o'tkir boshlanadi. Ularning ishtahasi yo'qoladi, injiqlanadi va oraliq sohasida og'riq paydo bo'ladi. Katta yoshdagi bolalar anal teshigi atrofidagi og'riqqa, uning axlat qilish paytida, o'tirganda va yurganda kuchayishidan shikoyat qiladilar. Chaqaloqlarda esa yo'rgaklash vaqtida va anal teshigi sohasini tozalashda bezovtalanish kuchayadi. Ayrim holatlarda kichik yoshdagi bolalarda og'riq tufayli reflektor ravishda axlat va siydik tutilishi kuzatiladi.

Mahalliy tomondan anal teshigi atrofida shish va chegaralari aniq bo'lgan hosila ko'zga tashlanadi. Paypaslaganda hosila zich va og'riqli bo'ladi. Borgan sayin uning hajmi kattalasha boradi, anal teshigi shaklini o'zgartiradi va burmalar o'sha tomondan tekislanadi.



28-rasm. Paraproktitda yiringning joylashiga qarab turlari

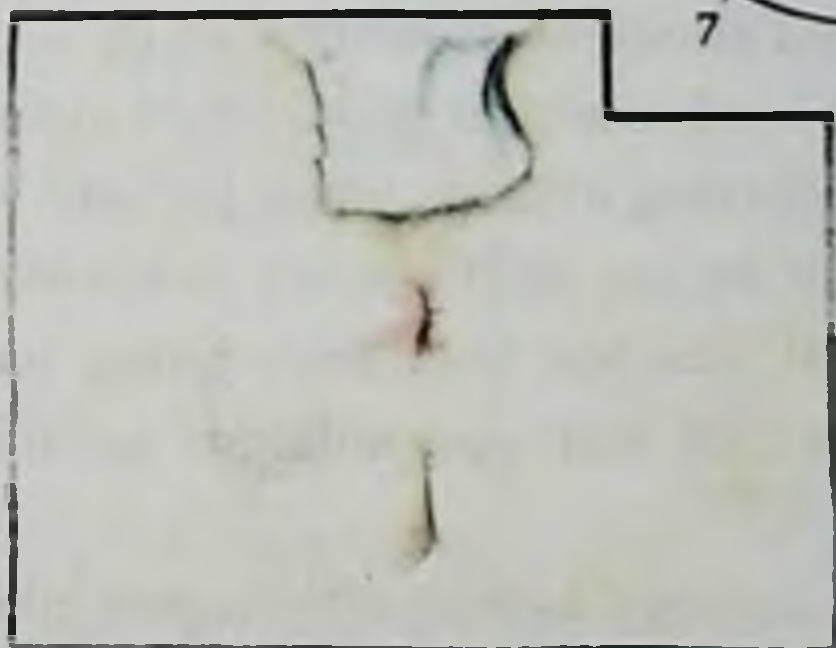
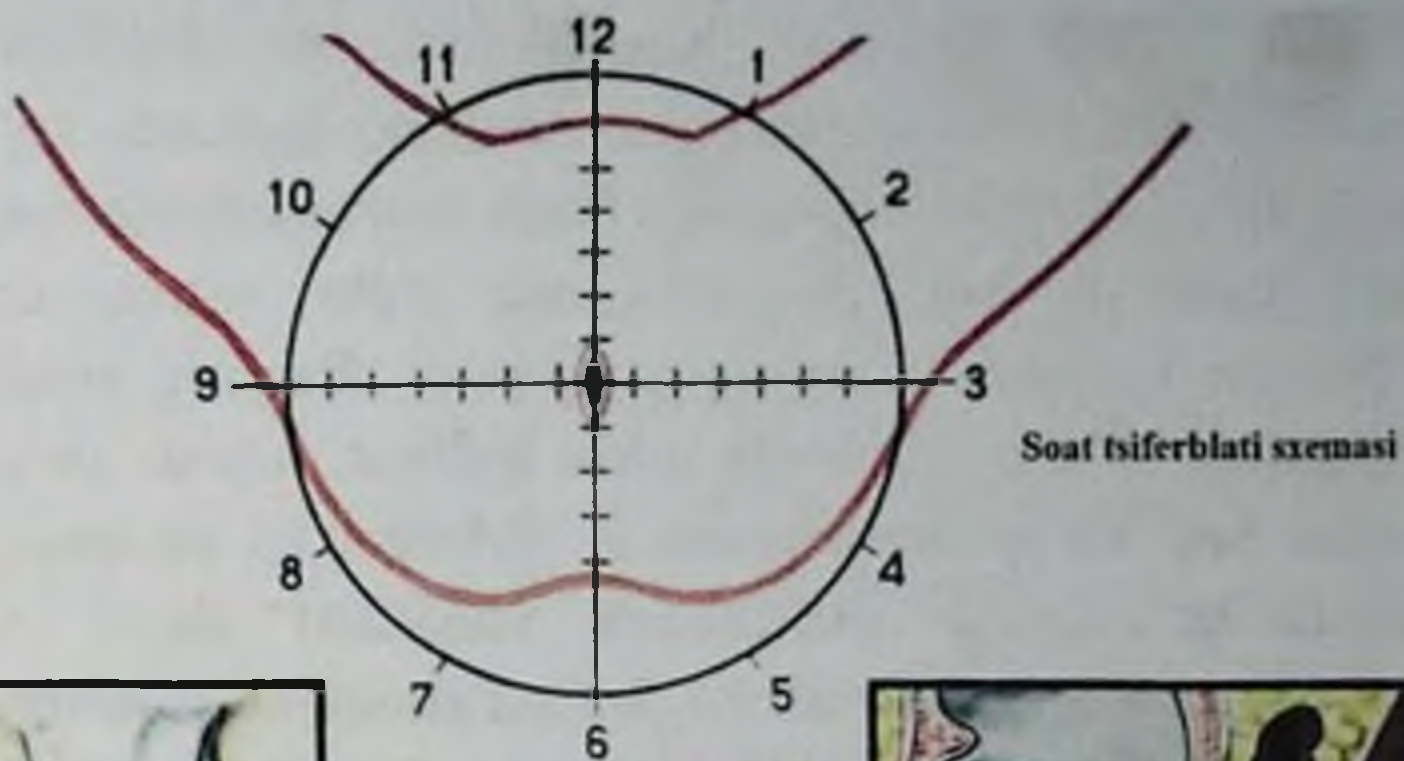
Keyinchalik hosila usti terisi qizaradi, yumshaydi va flyuktuatsiya aniqlanadi. Shilliq osti paraproktitida anal teshigi sohasida shish ko'rinadi. Barmoq yordamida to'g'ri ichak tekshirilganda anal teshigidan o'tgan joydan boshlab chegaralangan, elastik konsistensiyali, og'riqli

hosila paypaslanadi.

Ishiorektal va pelviorektal paraproktitlarda kasallik bemorlar tana haroratining ko'tarilishi, chanoq-

oralik sohasida og'irlik sezishi va o'sha sohada og'riq paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Borgan sayin bemorlar ahvoli og'irlasha boradi, pulsatsiyalanuvchi og'riq kuchaya boradi, tana harorati $39-40^{\circ}\text{S}$ gacha ko'tariladi, varaja qiladi, ishtahasi yo'qoladi va uyqusi buziladi. Bundan tashqari, pelviorektal paraproktitda o'tkir appenditsitga xos klinik belgilar va chanoq a'zolari funksiyasining buzilishlari (siyish paytidagi og'riq, paradoksal ishuriya, tenezm) yuzaga chiqadi.

PARAPROKTIT



Teri osti shakli



O'tkir paraproktit shakllari: 1-teri osti; 2-shilliq osti; 3- ishiorektal; 4-pelviorektal; 5-retrorektal



To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirish



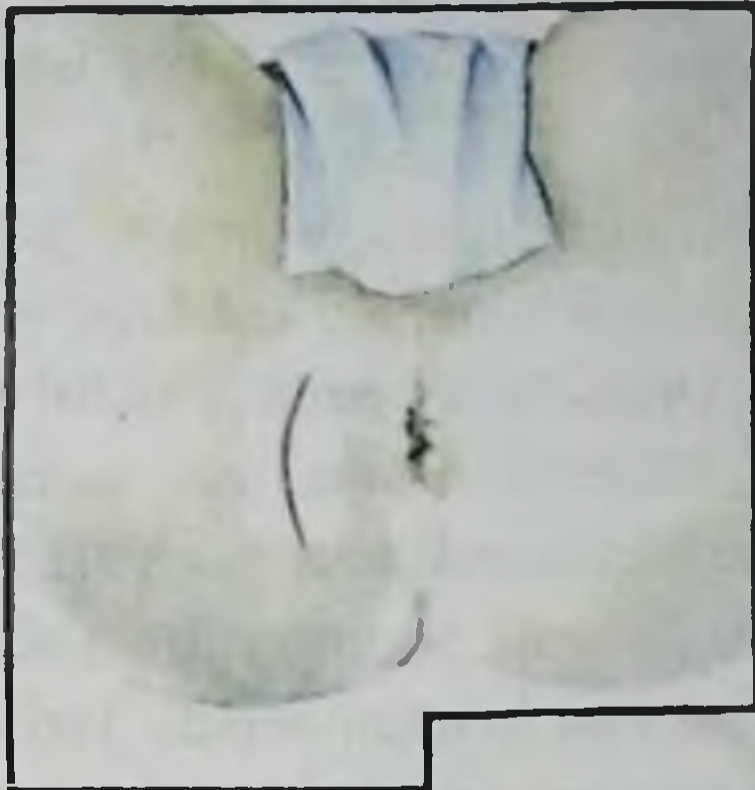
Oqma ichki teshigini tekshirish

Bemorlarni reflektor ravishda axlat tutilishi yoki ich ketishi bezovta qiladi. Qon tahlilida leykotsitoz, neytrofilyoz va SOE tezlashishi qayd qilinadi. Kasallikning bu shakllarida mahalliy tomondan qaraganda o'zgarishlar dastlabki kunlarda ko'zga tashlanmaydi. Birinchi haftaning oxiriga borib anal teshigi atrofida va oraliqda shish paydo bo'ladi. Paypaslaganda o'sha sohada unchalik aniq bo'lmagan infiltrat va og'riq aniqlanadi. Barmoq yordamida rektal ko'rilganda to'g'ri ichak devorida infiltrat, kuchli og'riq va ayrim paytlari hosilani aniqlash mumkin. Pelviorektal paraproktitda (to'g'ri ichakni ko'taruvchi mushakdan yuqorida) rektal va bimanual tekshirilganda anal teshigidan 2,5-3 sm chuqurlikda infiltrat va og'riqli hosila seziladi. Bemorlar shifoxonaga kech murojaat qilganlarida yiring shu bo'shliqlardan ichakka ochilishi, ularning axlatida yiring bo'lishi va rektal oyna bilan ko'rilganda qizarib turgan shilliq qavat sohasidan yiring kelib turishi ko'zga tashlanadi. Boshqa holatlarda yiring teri ostiga quyiladi va tarqalgan holdagi teri osti paraproktitini keltirib chiqaradi.

Chaqaloqlar kalsinozi hisobiga vujudga keladigan paraproktitlar dastlab anal teshigi atrofida ko'kimtir, kam og'riqli dog' paydo bo'lishi va keyinchalik o'sha sohada yallig'langan infiltrat vujudga kelishi bilan xarakterlanadi. Kesilgandan yoki o'zi yorib chiqqandan so'ng yarasi uzoq vaqt bitmaydi, uning tubida kalsiy tuzlari ko'rinib turadi va yiring tarkibida ham uning bo'lakchalari bo'ladi. Chanoq-son sohasi rentgenografiya qilinganda yara tubida tosh soyasi ko'rinadi. Agarda bemorlarda tarqalgan kalsinoz kuzatilayotgan bo'lsa, tosh soyalari siydik pufagida, siydik chiqarish kanalida, qin va siydik pufagi atrof kletchatkasida aniqlanadi.

Differensial diagnozi. O'tkir paraproktit kasalligini anal teshigi yorig'i, proktit, o'tkir kolit, to'g'ri ichak o'smasi, oraliq flegmonasi va dumba sohasi furunkuli yoki furunkulyozlaridan farqlash lozim.

Davosi. O'tkir paraproktit bilan og'riq bemorlarni davolash yiringli-yallig'lanish kasalliklarini davolashning 3 ta qoidasi asosida kompleks ravishda olib boriladi. Kasallikning boshlang'ich, ya'ni infiltratsiya bosqichida konservativ davo qo'llaniladi: antibiotiko



**O'tkir
paraproktitda
terini kesish**



**Ishiorektal va
pelviorektal
paraproktitni
kesish sxemasi**



**Bo'shliqni taftish
qilish**



**Shilliq osti paraproktitni
ochish sxemasi**



**Jarohatni drenajlash. To'g'ri ichakka
gaz chiqaruvchi nay o'rnatish**

**29-rasm. Paraproktitni
davolash sxemalari**

terapiya, desensibilizatsiyalovchi dorilar, kaliy permanganatning iliq eritmasi bilan vanna, UVCh terapiya, lazer, malhamli bog'lam va hokazolar.

Shu o'tkazilgan davo muolajalaridan so'ng natija bo'lmasa operativ davo qo'llaniladi. Bolalarda operatsiyani umumiy narkoz ostida o'tkazish maqsadga muvofiq bo'ladi. Operatsion kesmalar radial yoki yarim oysimon shaklda o'tkaziladi. Birinchi kesma anal teshigiga nisbatan radial qilinadi. Yarim oysimon kesma anal teshigidan 2-2,5 sm uzoqlikda anal xalqasiga parallel holda qilinadi. Shuni aytib o'tishimiz kerakki, yarim oysimon kesma yaxshi drenaj holatini beradi. Teri osti, ishiorektal, pelviorektal va retrorektal paraproktitlarda kesmalar teridan o'tkaziladi va qavatma-qavat ochib borilib yiringli bo'shliqqa tushiladi. Shilliq osti paraproktiti ichak bo'shlig'idan kesish yo'li bilan davolanadi. Operatsiya davomida yiringli bo'shliq hajmidan kelib chiqqan holda bo'shliqlar rezina chiqargich, marlidan qilingan tampon yoki naychalar yordamida drenajlanadi. Jarohatda granulyatsion to'qimalar paydo bo'lgandan so'ng malhamli bog'lamlarga o'tiladi, UYuCh va geliy-neonli lazer qo'yiladi. Chaqaloqlarda kalsinoz hisobiga vujudga keladigan paraproktitlarda operatsiya vaqtida pinset yoki zajim yordamida yara tubidan toshchalar olib tashlanadi.

Kasallik og'irlik darajasidan kelib chiqqan holda organizmning himoya qobiliyatini oshirish maqsadida bemorlarga bir guruhli qon, uning plazmasi, immunoglobulin, timalin, T-aktivin, immunomodulin, metiluratsil, pentoksil va boshqa dorilar buyuriladi. Bemorlarni davolashda antibiotikoterapiyani keng spektrli antibiotiklardan boshlash, kasallik chaqiruvchilari ko'pincha grammanfiy mikroblar ekanligini hisobga olgan holda ularga ta'sir qiladigan antibiotiklarni qo'llash va ularni antibiotikogramma asosida regionli limfotrop yo'l bilan kiritish yaxshi natija beradi.

Kasallikni davolashda operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni to'g'ri ovqatlantirish va operatsion jarohatini to'g'ri parvarish qilishning ahamiyati juda kattadir. Bemorlarga yengil va tez hazm bo'ladigan ovqatlar tavsiya etiladi: oq non, qand, asal, qatiq, tvorog, xom tuxum, pyure, bo'tqa, sho'rva, go'shtli kotlet, baliq va hokazolar.

Bundan tashqari, bemorlarga shaxsiy gigiena qoidalariga rioya qilishi va har kuni bog'lami almashtirilishi oldidan hamda axlat qilganidan so'ng kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan vanna qilishi tayinlanadi.

O'tkir paraproktit bilan og'rigan bemorlar bir yil davomida poliklinikada dispanser nazoratida turadi va har 3 oyda bir marta qayta ko'rik uchun chaqiriladi. A.I.Len'yushkin (1990) ma'lumotiga qaraganda bolalarda o'tkir paraproktit 8-10% gacha surunkali bosqichga o'tadi.

SURUNKALI PARAPROKTIT

Surunkali paraproktit bolalarda o'tkir paraproktitlardan so'ng yoki ulardagi tug'ma pararektal oqmalar hisobiga rivojlanadi. Oqmalar to'liq yoki noto'liq bo'ladi. To'liq oqmalarda tashqi teshigi teri bilan, ichki teshigi esa ichak shilliq qavati bilan tutashadi. Noto'liq oqmalarning 2 xil shakli farqlanadi: ichki va tashqi. Ichki noto'liq oqmalar faqatgina shilliq qavat bilan, tashqi noto'liq oqmalar esa teri orqali tutashadi. Odatda tug'ma pararektal oqmalar noto'liq, kalta va kam tarmoqlangan holda uchraydi. Oqmalarning anal sfinkterga munosabati bo'yicha sfinkterdan ichkari (intrasfinkter), sfinkter orqali (transsfinkter) va sfinkterdan tashqari (ekstrasfinkter) turlari tafovut qilinadi (30-rasm).

Klinikasi. Kasallikning klinik manzarasi oqmaning nimadan so'ng kelib chiqqanligiga, uning diametriga va qaysi soha bilan aloqa qilayotganligiga bog'liq bo'ladi. Tug'ma pararektal oqmalar bola tug'ilgandan so'ng dastlabki oylarda (ichki noto'liq oqma bunga kirmaydi) ko'rik paytida aniqlanadi. Bunda anal teshigi atrofida hech qanaqa yallig'lanish belgilarisiz oqma teshigi ko'zga tashlanadi. Keyinchalik undan kam miqdorda serozli ajralma kela boshlaydi (oqma diametri kichik bo'lsa). Ba'zan oqma usti qobiq bilan qoplanishi, undan ajralma to'xtaganday bo'lib ko'rinishi va bir necha kundan so'ng yana ajralma kelishi qayd qilinadi. Oqma bemorlarni uzoq muddat davomida bezovta qilmasligi mumkin. Ayrim paytlari oqma yo'li yopilib qolishi natijasida o'sha sohada shish, qizarish va og'riq paydo bo'ladi. Bemorlarning tana harorati ko'tariladi va axlat qilish paytida og'riqdan

bezovtalanadi (xuruj davri). Agarda chaqaloq diametri keng oqma bilan tug'ilgan bo'lsa, oqmadan axlat va gaz chiqishi kuzatiladi.

Ichki noto'liq oqmalar uzoq vaqt bemorlarni bezovta qilmasligi va hech qanaqa klinik belgilarsiz kechishi mumkin. Qachonki oqмага ichkaridan infeksiya tushsa, bemorlarda o'tkir paraproktitga xos klinik manzara yuzaga chiqadi va davolanish, keyingi tekshirilish davomida ichki noto'liq oqma diagnozi qo'yiladi.



30-rasm. Oqmalarning anal sfinkterga nisbatan turlari

aytilganligini aniqlash mumkin. Bunda bemorlar (yoki ota-onasi) anal teshigi atrofida oqma borligidan, undan ajralma kelib turishidan va uning oxirgi bir necha oy yoki yil davomida yopilib ketganligidan hamda keyingi kunlarda o'sha sohada og'riq paydo bo'lganligidan shikoyat qiladilar. Ko'rik paytida bemorlarning ahvoli o'rtacha og'irlikda, tana harorati subfebril bo'ladi. Anal teshigi sohasida operatsiyadan keyingi chandiq atrofida shish, qizarish ko'zga tashlanadi. Paypaslaganda kuchli og'riq va flyuktuatsiya sinamasi aniqlanadi. Operatsiyadan keyingi davrda tekshirish (rangli sinama, fistulografiya) hisobiga bemorlarda to'g'ri ichak oqmasi diagnozi tasdiqlanadi.

Diagnostikasi. Bolalarda oqmaning joylashgan sohasi va uning xarakterini aniqlash uchun bir necha xil usullar qo'llaniladi. Ulardan

eng oddiysi rangli sinamadir. Buning uchun marlidan tayyorlangan tampon to'g'ri ichakka kiritiladi va oqmaning tashqi teshigidan shpris yordamida 2-3 ml metilen ko'ki eritmasi (yoki brilliant yashili) yuboriladi. Agarda bemorlarda to'liq oqma bo'lsa shu rang tamponga o'tadi va rangli sinama musbat hisoblanadi. Keng to'liq oqmani zond kiritib aniqlasa ham bo'ladi. Murakkab yoki tannoqlangan oqmalar fistulografiya yordamida aniqlanadi. Buning uchun oqma tashqi teshigidan kateter orqali kontrast modda yuborilib rentgenografiya qilinadi.

Differensial diagnozi. Surunkali paraproktit kasalligini chanoq suyaklari osteomieliti, dumg'aza sohasi dermoid kista va oqmalaridan farqlash kerak.

Davosi. Surunkali paraproktit konservativ va operativ yo'llar bilan davolanadi. Konservativ davolash muolajalari ko'pincha bola tug'ilgandan keyingi dastlabki oylarda va diametri kichik bo'lgan teri bilan tutashadigan noto'liq oqmalarda qo'llaniladi. Buning uchun kuniga 3 marta kaliy permanganatning kuchsiz eritmasi bilan o'tirgan holda vanna qilinadi va har axlat qilgandan so'ng anal teshigi va oraliq sohasi shu eritma bilan yuviladi. Noto'liq oqmani teri bilan tutashadigan teshigidan o'tkir qoshiq yordamida qirib olish ham yaxshi natija beradi. Bundan tashqari, sklerozlash maqsadida oqmaning tashqi teshigidan 0,5 ml 10% li kumush nitrat (lyapis) eritmasi yoki 3-5% li yod nastoykasini yuborish ham ayrim paytlari oqmaning bitib ketishiga olib keladi.

Operativ davo operatsiya oldi tayyorgarligini o'tkazishdan boshlanadi. Uning to'g'ri o'tkazilishi operatsiya natijasining yaxshi bo'lishiga olib keladi. Operatsiya oldi tayyorgarligi bir hafta mobaynida olib boriladi. Bemorlarga maxsus dieta (o'tkir paraproktitga qarang) va kuniga 3 marta o'tirgan holda vanna qilish buyuriladi. So'nggi 2-3 kun davomida bemorlar faqat kefir bilan ovqatlantiriladi va kechqurun tozalovchi (lozim deb topilsa sifonli) huqna qilinadi. Operatsiya boshlanishidan 2 soat oldin oxirgi marta tozalovchi huqna o'tkazilib to'g'ri ichakda gaz chiqaruvchi naycha qoldiriladi.

Surunkali paraproktitda operativ davolash G.A. Bairov bo'yicha 8 oylikdan keyin, A.I. Lenyushkin bo'yicha oqma to'liq hosil bo'lgandan boshlab o'tkaziladi. Qo'llaniladigan operatsiya usullari oqmaning anal sfinkteriga munosabatidan kelib chiqqan holda tanlanadi.

Sfinkterdan ichkari to'liq pararektal oqmalarda operatsiya texnikasi (G.A. Bairov, L.M. Roshal (1991) bo'yicha). Oqmaning tashqi teshigi orqali zond to'g'ri ichakka kiritiladi. O'sha zond bo'ylab teri va undan pastki joylashgan to'qimalar, shu jumladan oqmaning oldingi devori ham kesiladi. Keyin oqmaning devorlari qaychi yordamida kesilib to'lig'icha olib tashlanadi. Anal teshigi orqali oqmaning ichakka qo'shilgan joydagi bo'rtib turgan to'qimalari qisman kesiladi. Jarohat qavatma-qavat ketgutli choklar yordamida terigacha tikib chiqiladi. To'g'ri ichakda gaz chiqaruvchi naycha va Vishnevskiy malhami bilan tampon qoldiriladi.

A.I. Lenyushkin (1990) bunday xollarda oqmani bitta blokda olib tashlashni tavsiya qiladi. Buning uchun yuqorida ko'rsatilgandek oqma orqali zond o'tkaziladi va oqma ikki yonidan terisi va undan chuqurda joylashgan to'qimalari kesilib oqma to'lig'icha olib tashlanadi. Keyin jarohat qavatma-qavat tikib chiqiladi.

Sfinkter orqali o'tgan to'liq pararektal oqmalarda operatsiya texnikasi (G.A. Bairov, L.M. Roshal (1991) bo'yicha). Bu oqma turida ham operatsiya sfinkterdan ichkari to'liq pararektal oqmalarda qo'llaniladigan operatsiyaga o'xshash tartibda o'tkaziladi. Bunda oqmaning sfinkter tolalari orqali o'tgan joylari iloji boricha kesilmaydi va o'sha soha qoshiq yordamida qiriladi. Zarur deb topilganda oqmaning sfinkter orqali o'tgan oldingi va orqa devorlarini ham kesiladi (boshqa devorlariga teginish mumkin emas).

Sfinkterdan tashqari to'liq pararektal oqmalarda operatsiya texnikasi (A.I. Lenyushkin (1990) bo'yicha). Operatsiya vaqtida oqma yo'lini oson topish va uni yo'qotib qo'ymaslik maqsadida oqмага metilen ko'ki eritmasi yuboriladi. Oqmaning tashqi teshigi atrofidan terisi aylantirilib kesiladi va 2 ta chok yordamida tutqichga olinadi. O'tkir va o'tmas yo'llar bilan oqma to'g'ri ichakka qo'shilgan joyigacha ajratilib

boriladi. Keyin oqma tubidan kapronli ip bilan tikib bog'lanadi va kesib tashlanadi. Jarohat qavatma-qavat tikiladi.

Boshqa holatlarda (G.A.Bairov, L.M.Roshal (1991) bo'yicha) oqma oxirigacha ajratilgandan so'ng ichak devoriga qo'shilgan joyidan 3-4 mm qoldirilib kesiladi, oqma ichi bo'shlig'i o'tkir qoshiq yordamida qiriladi va qirralari ingichka ketgut yordamida 2 qavat qilib tikiladi. Keyin jarohat qavatma-qavat terigacha tikib boriladi. Rektal oyna yordamida anal teshigi kengaytiriladi, oqma ichki teshigi qirralari qisman kesiladi va jarohatga atravmatik ignada 2 qavatli kapronli choklar qo'yiladi. Bu yerda ham to'g'ri ichakda gaz chiqaruvchi naycha va Vishnevskiy malhami bilan tampon qoldiriladi.

A.I.Len'yushkin (1990) tomonidan taklif etilgan invaginatsion usulda ham yuqoridagi tartibda oqma to'g'ri ichak devorigacha ajratilib boriladi. Keyin anal teshigi orqali oqma ichidan zond o'tkaziladi, oqma devori ip yordamida zondga bog'lanadi va to'g'ri ichak bo'shlig'iga invaginatsiya qilinadi. Oraliqdagi jarohat tomonidan ichakning mushak qavatiga 2 qavat ketgutli choklar qo'yiladi va jarohat qavatma-qavat tikiladi. Anal teshigi ochilib invaginatsiyalangan oqma tubidan (ichakka qo'shilgan joyidan) tikib bog'lanadi va kesib tashlanadi.

Tashqi noto'liq oqmalarda operatsiya texnikasi (G.A.Bairov, L.M.Roshal (1991) bo'yicha). Oqmaning tashqi teshigi atrofidan terisi aylantirilib kesiladi va 2 ta chok yordamida tutqichga olinadi. Keyin o'tkir va o'tmas yo'llar bilan oqma oxirigacha ajratilib boriladi va olib tashlanadi. Jarohat qavatma-qavat ketgutli, terisi esa kapronli choklar yordamida tikiladi. Agarda jarohat anal teshigiga yaqin joyda bo'lsa terisi tikilmaydi.

Operatsiyadan keyingi davr. Operatsiyadan keyin bemorlarga yotoq rejimi tayinlanadi. Dastlabki kunlari ularga kefir, bulon, xom tuxum iste'mol qilish tavsiya etiladi. Profilaktika maqsadida antibiotiklar, umumiy quvvatlovchi dorilar buyuriladi. Operatsiyadan keyingi davrda jarohat sohasiga UYuCh va geliy-neonli lazer qo'yiladi. Kuniga bir marta bog'lami almashtirilib turiladi, choklari 7-10 kunlari olinadi. Bemorlar 1 yil davomida dispanser nazoratiga olinadi va har 3 oyda bir marta qayta ko'rikdan o'tib turadilar.

XIRURGIK SEPSIS (KXT-10: A 41).

Sepsis zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolaridan biridir. Bundan tashqari, sepsis sonining ko'payishi bo'yicha aniq tendensiya mavjud. Klinik tibbiyot va sog'liqni saqlash amaliyotining jadal rivojlanishiga qaramay, sepsisda o'lim darajasi juda yuqori bo'lib qolmoqda. Bolalarda ushbu patologiyada o'lim 20 dan 54% gacha, poliorganlarning disfunktsiyasi va septik shok rivojlanishi bilan 40-75% gacha oshadi.

Sepsis -bu patologik jarayon bo'lib, infeksiyaga umumiy (tizimli) yallig'lanish reaksiyasi hisoblanadi (bakterial, zamburug'li, virusli). Sepsisning yuqori darajasi uchrashi bir qator omillarga bog'liq:

- antibakterial terapiyaning yetarli emasligi;
- invaziv diagnostika va terapevtik usullarning keng qo'llanilishi;
- immunitetni pasaytiradigan dorilarni qo'llash;
- glyukokortikosteroidlar bilan uzoq muddatli terapiya va boshqalar.
- og'ir premorbid fon va immunitet tanqisligi sharoitlari bo'lgan bolalar sonining ko'payishi;

-yuqori xavfli guruhga mansub og'ir bemorlarda invaziv monitoring va terapiya texnologiyalaridan foydalanish (juda erta tug'ilgan chaqaloqlar, og'ir tug'ma norosoliklar va boshq.);

- genetik omil.

Sepsisning qo'zg'atuvchisi bakteriyalar, zamburug'lar, viruslar va protozoalardir. Ko'pincha qo'zg'atuvchilarning kombinatsiyasi mavjud-polimikrob sepsisning chastotasi 10-50% ni tashkil qiladi. Bakterial sepsis ko'pincha rivojlanishi statistik ma'lumotlarga ko'ra, barcha holatlarning 85-90% ni tashkil qiladi. Gram-musbat bakteriyalarning patogenligi asosan ekzotoksinlar bilan, gram-manfiy bakteriyalarda esa endotoksinlar bilan bog'liq. Shuni ta'kidlash kerakki, sepsisning etiologik tuzilishi doimiy emas va vaqti-vaqti bilan o'zgarib turadi. Shunday qilib, hozirgi bosqichda grammusbat sepsis holatlarini grammusbat bilan solishtirganda ko'payish tendensiyasi mavjud.

Sepsisning asosiy qo'zg'atuvchilari koagulazonegativ stafilocokk, tilla rang stafilocokk, enterokokklar, ko'k yiring tayyoqchalari,

atsinetobakter va boshqalar. Shuningdek, zamburug'li sepsisining ortib borayotgan chastotasini ham ta'kidlash kerak, bu 40% gacha yuqori o'lim darajasini keltirib chiqaradi.

Terminologiyasi. 1991 yilda Amerika pulmonologlar hamjamiyati va Tanqidiy tibbiyot mutaxassislari jamiyati (APHJ/TTMJ) kelishuv konferensiyasini o'tkazdi va sepsisga tushuncha beriladi va strukturasi aniqlandi. 2003 yilda sepsis bo'yicha xalqaro konferensiyada uni ta'rifi kengaytirildi, ularning asosiylari 1-jadvalda keltirilgan.

1-jadval

Sepsis ta'rifi va unga tegishli tushunchalar (Amerika pulmonologlar hamjamiyati va Tanqidiy tibbiyot mutaxassislari jamiyati ma'lumotlariga ko'ra)

Termin	Ta'rif va sharhlari
Kolonizatsiya	Mikrobiologik hodisa (MBH) — mikroorganizmlarning makroorganizm javob reaksiyasisiz ko'payishi
Infeksiya	MBH + mikroorganizmlarning mavjudligiga yoki ularning steril inson to'qimalariga kiritilishiga yallig'lanish reaksiyasi. Mahalliy yallig'lanish reaksiyasi-bu umumiy reaksiyaga xos ta'riflarni o'z ichiga olmaydigan yallig'lanish reaksiyasi. Jarayon tashuvchi, kasallik sodir bo'lishi, mikroorganizmning o'limi bilan yakunlanishi mumkin
Bakteriemiya	Qonda hayotchan bakteriyalarning bo'lishi
Yallig'lanishga qarshi tizimli javob sindromi (YaQTJS)	Turli xil og'ir klinik shikastlanishlarga tizimli yallig'lanish reaksiyasi ikki yoki undan ortiq belgilari bilan xarakterlanadi (kattalar): – harorat ≥ 38 °C yoki ≤ 36 °C; – Yurak tezligi ≥ 90 zarba/daqiqqa; – Nafas soni > 20 nafas/daqiqqa yoki giperventilatsiya (RaSO ₂ ≤ 32 mm. sim.ust.); – leykotsitlar $>12 \times 10^9/l$ yoki $<4 \times 10^9/l$; yoki

	yetilmagan shakllari > 10 %
Sepsis	Mikroorganizmlar invaziyasiga YaQTJS (infeksiya o'choqlari borligi + YaQTJS)
Og'ir sepsis	Sepsis organlarning disfunksiyasi va gipoperfuziya bilan birga kelishi. Gipoperfuziya laktat atsidozi, oliguriya, o'tkir ruhiy holatning buzilishi bilan namoyon bo'ladi
Septik shok	Gipotenziya bilan og'ir sepsis, infuzion terapiya bilan bartaraf etilmaydi va katekolaminlar tavsiya etilishini talab qiladi

Sepsis patogenezida 3 bosqich farqlanadi:

1-bosqich: mikroorganizmlar ta'siriga javoban mahalliy sitokin ishlab chiqarish.

Sitokinlar immun va yallig'lanish reaksiyalarining bajarilishini nazorat qiluvchi yallig'lanish mediatorlaridir.

2-bosqich: sitokinlarni oz miqdordagi qon aylanish tizimiga chiqarish.

3-bosqich: yallig'lanish reaksiyasini generalizatsiyasi.

Ushbu bosqichning ikki davri mavjud.

Birinchi (boshlang'ich) giper-yallig'lanish davri, o'ta yuqori konsentratsiyada sitokinlar, azot oksidi chiqishi oqibatida shok va poliorgan yetishmovchilik sindromi erta rivojlanishi bilan xarakterlanadi.

Ikkinchi davr yallig'lanishga qarshi sitokinlarning kompensator ravishda chiqarilishi, ularning sekresiya tezligi va konsentratsiyasi qon va to'qimalar asta-sekin o'sib boradi, parallel ravishda yallig'lanish mediatri lari tarkibi kamayib boradi, buning natijasida immunokompetent hujayralar funksional faollikning pasayishi bilan birgalikda kompensator yallig'lanishga qarshi javob rivojlanadi-"immun falaj" davri.

Jarrohlik infeksiyasi (yiringli yallig'lanish kasalliklari) xirurgik kasalliklarning 1/3 qismini tashkil etadi, o'zining og'irligining xilma-xilligini, kechishini o'ziga xosligi davolashning murakkabligi bilan

alohida ahamiyat kasb etadi. Xirurgik infeksiya tushunchasi kasal qo'zg'atuvchi aerob va anaerob infeksiyaning spetsifik va nospesifik turlari keltirib chiqaradigan xirurgik kasalliklarni o'z ichiga olib, hozirgi zamonda kasallik qo'zg'atuvchilarning patogen, himoya funksiyalari tubdan o'zgargani uchun juda davolanishi murakkab bo'lgan xastaliklar hisoblanadi. Antibiotiklar yangi ishlatila boshlangan bir xil antibiotikning o'zgina dozasi ham bu xastaliklarni osongina davolanishiga olib kelardi, hozirda esa juda ko'p hollarda kasallik davolanish tugul sepsis, metastazli sepsis holatigacha rivojlanib ketayapti. Xirurgik infeksiyaga odatda, jarrohlik yo'li bilan kompleks davolash qilinadi. Organizmning fiziologik funksiyasiga, tashqi ta'sirga immunobiologik javob berish qobiliyatiga va qarshilik ko'rsatishga salbiy ta'sir ko'rsatuvchi tashqi muhitning turli-tuman omillari yoki ko'zg'atuvchilar xirurgik infeksiyaning ko'payishiga imkoniyat yaratadi. Kasallikning avj olishida kasallik tug'diradigan mikroblar katta rol o'ynaydi. Organizmga tushgan mikroorganizmlar miqdori qanchalik ko'p, ular qanchalik virulentli va organizmning tashqi ta'sirga qarshilik ko'rsatish necho'g'lik zaif bo'lsa, xirurgik infeksiyaning rivojlanish ehtimoli shunchalik ko'p bo'ladi. Yiringli infeksiya avj olishida teri va shillimshiq moddalarning qarshilik ko'rsatish qobiliyati katta ahamiyatga ega. Shikastlanmagan teri va shilliq pardalar mikroblarga ularning organizmga ta'sir ko'rsatishi uchun o'tib bo'lmaydigan to'siq hisoblanadi. Mexanik va boshqa omillar ta'siri natijasida terining eng ustki qavati va shilliq parda qoplama zararlanadi, ana shu yo'l bilan infeksiya uchun «kirish darvozasi» ochiladi. Mikroblar hatto arzimagan yara-chaqalar tufayli ham to'qimalar orasidagi bo'shliqqa, keyin limfatik sistemaga, limfa oqimi bilan esa yanada ichkaridagi to'qima qavatlariga (teri osti yog' kletchatkasi, mushaklar, limfa tugunlari va b.) o'tadi.

O'tkir yiringli infeksiyaning avj olishiga quyidagi omillar imkoniyat yaratadi:

1) kirish darvozasi sohasida teri trofikasining (to'qimalarda normal modda almashinuvining) buzilishi (qon quyilishi, nekroz chirik joylar) ;

2) poliinfeksiya (bir necha turdagi mikroblarning sinergik birlashib ta'sir etishi);

3) superinfeksiya (virulentligi bilan farq qiluvchi mikroblarning yangi turlari kirishi yoki to'planishi).

Organizmning yiringli infeksiyaga reaksiyasi umumiy, shuningdek, mahalliy holda namoyon bo'ladi.

Mahalliy belgilar hammaga ma'lum hodisalar: qizarish, shish, og'riq, haroratning ko'tarilishi, shikastlangan organ va to'qimalar faoliyatining buzilishi bilan ifodalanadi.

Umumiy reaksiya tana haroratining baland ko'tarilishi, et uvishishi, bosh og'rishi, kam quvvatlik, odam esining og'ib turishi, taxikardiya, jigar va buyraklar faoliyatining buzilishi bilan ifodalanadi. Tizimli yallig'lanish reaksiyasining xabarchisi kislorod iste'molining ko'payishi bo'lib, u klinik jihatdan namoyon bo'ladi;

Sepsisning diagnostik mezonlariga, agar sepsisga shubha qilingan bo'lsa, shoshilinch ravishda bir qator tekshirishlar o'tkazish kerak:

- trombotsitlar bilan umumiy qon tahlili (trombotsitlar darajasining pasayishi);

- koagulogramma (faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti, protrombin va trombin vaqtining cho'zilishi, fibrenogen tarkibining pasayishi va D-dimerlar darajasining oshishi);

- qon guruhi va rezus omili

- biokimyoviy qon tahlili

- umumiy oqsil, albumin, bilirubin, kreatinin, natriy, kaliy, kalsiy, xlor, transaminazalar, amilaza (qorin og'rig'ida), glyukoza;

- ko'krak qafasi rentgenogrammasi;

- EKG;

- siydik, halqum shilliq qavati ajralmalari, najas mikroskopiyasi va ekish;

- qonni ekish (kamida ikki marta).

Sepsisni davolash prinsiplariga quyidagilarni kiritish mumkin:

1. Yiringli o'choqni sanatsiya qilish

2. Antibakterial terapiya

3. Immunologik terapiya

4. Antikoagulyant terapiya

5. Antiferment terapiya

6. Ekstrakorporal detoksikatsiya

Sepsisni davolashda etiologik va patogenetik asoslangan bo'lishgi lozim.

Sepsisda etiologik davo muolajalarini ikki guruhga bo'lish mumkin:

1. **Mahalliy**- birlamchi va ikkilamchi o'choqlarni bartaraf etishga qaratilgan;
2. **Umumiy**- butun bir organizmga ta'sir qilishga qaratilgan.

Mahalliy etiologik tadbirlarga quyidagilar kiradi:

1. O'z vaqtida va radikal xirurgik davo- nekrotik to'qimalar va yot jismlarni olib tashlash, yiringli o'choqlarni drenajlash
2. Yallig'lanish o'chog'ida biologik yoki kimyoviy dezinfeksiya (antibiotiklar, sulfanilamidlar, antiseptik vositalar, proteolitik fermentlar, bakteriofaglar va boshq.)
3. Fizioterapevtik muolajalar (UBN, UVCh, neonli lazer va boshq.)
4. Patologik o'choq sohasini himoyalash va immobilizatsiya qilish.

Umumiy etiologik davolash tadbirlari asosiy maqsadi infeksiya bilan kurashish hisoblanadi. Antibiotiklarni ishlatish muhim ahamiyat kasb etadi. Antibakterial terapiyaning samarasi qoniqarli bo'lishi uchun mikrofloraning turini va antibiotiklarga sezgirlikni aniqlash lozim.

O'Z-O'ZINI SINASH UCHUN TEST SAVOLLARI

1. Psevdofurunkulez qaysi a'zo yoki to'qimaning yallig'lanishi
 - a) terining
 - b) teri osti yog' qavatining
 - v) teri va teri osti yog' qavatini birgalikda yallig'lanishi
 - g) soch xaltasining
 - d) ter va yog' bezlarining
2. Adenoflegmona qaysi to'qimaning yallig'lanishi
 - a) terining
 - b) teri osti yog' to'qimasining
 - v) ter va yog' bezlarining
 - g) limfa tugunlarining
 - d) limfa tugunlarining atrof to'qimalar bilan birgalikda yallig'lanishi
3. Nekrotik flegmonada qaysi eritma bilan bog'lam qo'yiladi
 - a) osh tuzini 1 % li eritmasi
 - b) 40 % li urotropin
 - v) 40 % li glyukoza
 - g) 40 % li sergozin
 - d) 25 % li magneziy sulfat
4. Nekrotik flegmonada har necha soatda bog'lamni almashtirish kerak:
 - a) har 2 soatda
 - b) har 5 soatda
 - v) har 8 soatda
 - g) har 12 soatda
 - d) sutkada bir marta
5. Chaqaloqlarda mastit kasalligida qanday jarroxlik usuli qo'llaniladi:
 - a) shaxmat tartibida ko'p mayda kesmalar
 - b) yarim oysimon kesmalar
 - v) radial kesmalar
 - g) bo'shashtiruvchi kesmalar
 - d) kesish kerak emas

6. Chaqaloqlar flegmonasida yallig'lanish o'chog'ida qilinadigan to'g'ri muolaja:

- a) jarohatga rezina chiqargichlar qo'yish
- b) jarohatga antibiotiklar kiritishi uchun mikroirrigatorlar qo'yish
- v) gipertonik bog'lam qo'yish
- g) teri ostidagi "ko'r cho'ntaklar"ni barmoq bilan ochish
- d) jarohatga tamponlar qo'yish

7. Qaysi kasallik chaqaloqlar flegmonasi bilan qiyoslanadi

- a) psevdofurunkulyoz
- b) epifizar osteomielit
- v) saramas
- g) gemangioma
- d) teridagi dermoid hosila

8. O'tkir yiringli kasalliklarda yosh bolalarda neyrotoksikozning tez vujudga kelishini sababi:

- a) vaznini kichik bo'lishi
- b) mikrobnining virulentligi
- v) reaktivlikni pastligi
- g) asab tizimini funksional yetishmasligi
- d) anemiya

9. Quyidagilardan qaysi birini kiritish bilan aktiv immunlashga erishiladi:

- a) gamma-globulin
- b) qon kuyish
- v) anatoksin
- g) antistafilokokkli zardob
- d) qon zardobi

10. Nekrotik flegmonada bog'lamga qo'yiladigan eritma

- a) Vishnevskiy malxami
- b) quruq bog'lam
- v) spirtli bog'lam
- g) 25 % li magneziy sulfat
- d) 10 % li kalsiy xlor

11. Nekrotik flegmonani klinik shakllarini ko'rsating:

- a) oddiy, toksikoseptik
- b) oddiy, nekrotik
- v) nekrotik, fibrinoz
- g) mahalliy, gangrenoz
- d) flegmonoz, nekrotik

12. Yiringli perikarditni davolashni samarali usuli

- a) punksiya
- b) kesish va drenajlash
- v) konservativ
- g) yurak atrofi xaltasiga kateter qo'yish
- d) fizioterapiya

13. Chaqaloqlar flegmonasining asosiy qo'zg'atuvchisini ko'rsating:

- a) viruslar
- b) sodda hayvonlar
- v) stafilokokk
- g) chaqaloqning saprofit florasi
- d) ichak tayoqchasi

14. Chaqaloqlar flegmonasining rivojlanishiga moyillik beruvchi anatomik xususiyatni ko'rsating:

- a) ter bezlarining rivojlanmaganligi
- b) infeksiyaning kindik orqali o'tishi
- v) teri shox qavatining sust rivojlanganligi
- g) kichik qon aylanish doirasidagi o'zgarishlar
- d) terida yog'li so'rtma bo'lishi

15. Chaqaloqlar flegmonasiga moyillik beruvchi anatomik xislatni ko'rsating:

- a) yog' bezlarining yaxshi faoliyat ko'rsatishi
- b) teri osti yog' qavati tomirlarida anastomozlarning bo'lmasligi
- v) timoq plastinkasini sust rivojlanganligi
- g) teridagi soch sterjinlarini erta tushishi
- d) issiqlikni boshqaruv markazini to'liq shakllanmaganligi

16. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasida birlamchi yallig'lanish jarayoni qaerda joylashadi:

- a) terida

- b) teri osti yoq qavatida
- v) terining limfa tomirlarida
- g) shilliq qavatlarda
- d) periferik venoz tomirlarda

17. Chaqaloqlar flegmonasi organizning qaysi qismida ko'p uchraydi:

- a) kindik atrofi sohasida
- b) ko'krak qafasi oldingi qismida
- v) yuzda
- g) tananing orqa qismida
- d) tananing ochiq qismlarida

18. Chaqaloqlar flegmonasi organizmning qaysi qismida uchramaydi:

- a) quloq atrofi sohasida
- b) bo'yinda
- v) qo'l kafti va oyoq osti qismida
- g) boshning sochli qismida
- d) tashki jinsiy organlarda

19. Chaqaloqlar flegmonasi qaysi kasallik bilan qiyoslanadi:

- a) tug'ma telangioektaziyalar
- b) adiponekroz
- v) teri va teri osti yog' qavatining tug'ruq jarohati
- g) nevus
- d) sklerema

20. Chaqaloqlar flegmonasi qaysi kasallik bilan qiyoslanadi:

- a) tug'ma ksantamatoz
- b) chaqaloqlar kalsinozi
- v) eksfoliativ dermatit
- g) tug'ma ixtioz
- d) Kvinke shishi.

21. Chaqaloqlar flegmonasida kesmalar uzunligi qancha bo'lishi kerak:

- a) 0,5 sm gacha
- b) 0,5 - 0 1 sm
- v) 1 - 1,5 sm
- g) 1,5-2 sm
- d) 2 sm va undan katta

22. Xirurgik sepsis bilan bemorlar sonini ko'payib borishini sababi:

- a) mikroflorani o'zgarib borayotganligi
- b) mikroblarni antibiotiklarga chidamliligini oshib borishi
- v) xirurgik aktivlikni oshishi
- g) ichki hospital infeksiyalarni tarqalishi
- d) yuqoridagilarni hammasi

23. Chaqaloqlar flegmonasiga xos asoratni ko'rsating:

- a) yallig'lanish o'chog'i joyida ko'zga ko'rinarli tomirlar surati kolishi
- b) terining pigmentsizlanishi
- v) chandiqli deformatsiyalar
- g) teri osti yog' qavatining yemirilishi natijasida terini cho'kishi
- d) teri va teri osti yoq qavatida yiringli kasalliklarni tez-tez bo'lib turishi.

24. Chaqaloqlar omfalitiga xos holatni ko'rsating:

- a) kindik tizimchasi qoldig'ini ifloslanishi
- b) kindik tomirlarini bitmasligi natijasida rivojlanuvchi bakteriemiya
- v) yo'g'onlashgan kindik tomirlarini paypaslanishi
- g) Krasnobaev belgisini musbatligi
- d) yuqoridagilarning hammasi

25. Nospesifik yiringli yallig'lanish kasalliklarini chaqiruvchi mikroorganizmlar:

- a) stafilokokklar, streptokokklar, ok treponema
- b) streptokokklar, ichak tayoqchalari, Kox tayoqchalari
- v) ichak tayoqchalari, streptokokklar, protey
- g) protey, shigellalar, stafilokokk, streptokokklar
- d) ichak tayoqchalari, streptokokklar, rikketsiyalar

26. Nekrotik flegmona qaysi yoshda ko'p uchraydi:

- a) hayotning dastlabki kunlari
- b) chaqaloqlik davrida
- v) 1 yoshgacha
- g) bog'cha yoshida
- d) maktab yoshida

27. Qaysi barmoqlar yallig'langanda yiringli jarayonni "Pirogov bo'shlig'i"ga o'tish xavfi bor:

- a) 2-3 barmoqlar
- b) 2-3-4 barmoqlar
- v) 3-4 barmoqlar
- g) 2 va 4 barmoqlar
- d) 1 va 5 barmoqlar

28. Timoq atrofida shish, qizarish va og'riq bor. Diagnozngiz:

- a) panaritsiy
- b) flegmona
- v) abscess
- g) paronixiy
- d) teri osti panaritsiyasi

29. Panaritsiyning qanday shakli yo'q:

- a) teri shakli
- b) teri osti shakli
- v) pay shakli
- g) mushak shakli
- d) suyak shakli

30. O'tkir paraproktitda qo'llaniladigan jarroxlilik uslubi

- a) yarimoysimon kesmalar
- b) ko'p mayda kesmalar
- v) radial kesmalar
- g) lampas kesmalar
- d) xochsimon kesmalar.

31. Perikardit kasalligida eksudat yoki yiring qaerda to'planadi

- a) yurak qorinchalarida
- b) yurak bo'lmachalarida
- v) plevra va yurak orasida
- g) yurak atrofi xaltasida
- d) yurak mushaklari orasida

32. Quyidagi kasalliklarning qaysi biri ko'prok chaqaloqlarda uchraydi:

- a) koksit, artrit

- b) nekrotik flegmona, qizil yugurdak, mastit
- v) omfalit, psevdofurunkulyoz
- g) saramas, karbunkul
- d) parapraktit, panaritsiy

33. Yog' va ter bezlarining yiringli yallig'lanishi qaysi kasallikka mos keladi:

- a) omfalit flegmonoz turi
- b) saramas bullez turi
- v) paraproktit
- g) psevdofurunkulez
- d) panaritsiy

34. Psevdofurunkulez kasallikda qo'llaniladigan jarroxlilik uslubi:

- a) oddiy kesmalar
- b) yarimoysimon kesmalar
- v) radial kesmalar
- g) lampas kesmalar
- d) ko'p mayda kesmalar

35. Omfalit kasalligining nekrotik turida qo'llaniladigan jarroxlilik uslubini ko'rsating:

- a) yarimoysimon kesmalar
- b) radial kesmalar
- v) terida ko'p mayda kesmalar, sog'lom to'qimalarning chegarasigacha
- g) ochish kerak emas
- d) lampas va kontrapertur kesmalar

36. Olimlardan qaysi biri omfalit kasalligini tasnifini taklif etgan:

- a) Doleskiy S.Ya.
- b) Isakov Yu.F.
- v) Roshal L.M.
- g) Lenyushkin A.I.
- d) Dronov A.F.

37. Omfalit kasalligining flegmonoz turida kindikdan yiring chiqishi kuzatilganda qo'llaniladigan jarroxlilik uslubini ko'rsating:

- a) terida 2,0 -2,5 sm uzunlikda kesim o'tkazish

- b) kesish kerak emas
 - v) yarim oysimon va lampas kesmalar o'tkazish
 - g) ko'p mayda kesimlar qilish
 - d) radial kesimlar qilish.
38. Pirogov bo'shlig'i flegmonasi hosil bo'lishida qaysi barmoqlar panaritsiyasini roli katta:
- a) I barmoq
 - b) ko'rsatgich barmoq
 - v) I-III -IV barmoqlar
 - g) I-II-III-IV-V barmoqlar
 - d) I va V barmoqlar
39. Tendovaginit nima:
- a) bo'g'imning yallig'lanishi
 - b) limfa yo'llarining yallig'lanishi
 - v) pay qinlarining yallig'lanishi
 - g) tog'ay to'qimasini yallig'lanishi
 - d) mushaklami yallig'lanishi
40. Xondrit bu:
- a) suyak usti pardasining yallig'lanishi
 - b) bo'g'imning yallig'lanishi
 - v) suyak va togay to'qimasining yallig'lanishi
 - g) tog'ay to'qimasining yallig'lanishi
 - d) yuqoridagilarning hammasi to'g'ri
41. Olimlardan kim o'tkir yiringli infeksiyada davolashni bir vaqtda 3 ta yo'nalish bo'yicha olib borish kerakligini aytgan:
- a) Lenyushkin A.I.
 - b) Mixaylov Z.B.
 - v) Rowal L.M.
 - g) Isakov Yu.F.
 - d) Krasnobaev T.P.
42. Ko'krak yoshidagi bolalarda saramasni tipik joylashish joyini ko'rsating:
- a) bel-dumg'aza sohasi
 - b) ko'krak qafasi

- v) yuz sohasi
- g) oraliq va jinsiy a'zolar
- d) qo'l va oyoqlar

43. Yiringli perikarditda Larrea nuqtasidan punksiya qilishda bemorning holati:

- a) vertikal
- b) gorizantal
- v) yarim o'tirgan holatda
- g) Trendlenburg holati
- d) korin bilan yotgan holatda

44. Xasmolga xos og'riq xarakteri:

- a) muntazam simillovchi og'riq
- b) lo'qilovchi og'riq
- v) xurujsimon og'riq
- g) sanchiluvchi og'riq
- d) muntazam kuchli og'riq

45. Xasmolda og'riqsizlantirish usuli:

- a) mahalliy infiltratsion
- b) endotraxeal
- v) vagositmpatik
- g) endolyumbal
- d) o'tkazuvchan

46. Pandaktilit bu:

- a) teri osti yiringlashishi
- b) suyak yiringlashishi
- v) barmoq to'qimalarining yiringlashishi
- g) bo'g'im yiringlashishi
- d) tirsak tagining yiringlashishi

47. Parektal okmada asosiy tekshiruv usuli:

- a) umumiy R- grafiya
- b) qon, siydikni umumiy taxlili
- v) axlatning umumiy taxlili
- g) fistulografiya
- d) anamnez yig'ish

48. Pararektal oqmani aniqlashda maxsus tekshiruv usuli:

- a) irrigografiya
- b) pnevmoirrigografiya
- v) rangli sinama
- g) yiringli ekmaga olish
- d) gastroenterografiya

49. Paraproktitda teri kesmasi qanday bo'ladi:

- a) yarimoysimon
- b) xochsimon
- v) radiar
- g) mayda ko'p sonli
- d) yarimoysimon va radiar

50. Artrit qaysi kasalliklar bilan qiyoslanadi:

- a) osteomielitlar
- b) shikastlanish
- v) poliartrit
- g) revmatizm
- d) hammasi bilan

51. Artritning og'ir asorati:

- a) oqma hosil bo'lishi
- b) kontraktura
- v) bo'g'imdan qon ketishi
- g) bemorda yurak yetishmovchiligi bo'lishi
- d) anaerob infeksiya tushishi.

52. Xuppoz (karbunkul) deb ataladi:

- a) teri osti yog' qatlamini nekrozi
- b) teri nekrozi
- v) terining qizarishi, teri osti yog' qatlamining tarqoq yallig'lanishi
- g) bir nechta soch xaltasining tarkok yallig'lanishi
- d) bir nechta soch xaltalarining yiringli nekrotik yallig'lanishi

53. Saramas qaysi to'qimaning avj oluvchi o'tkir yallig'lanishi:

- a) fassiyalararo bo'shliqlarning
- b) teri va shilliq pardalarining
- v) to'g'ri ichak atrofi yog' qatlamining

g) yuz sohasi to'qimalarining

d) teri yog' bezlarining

54. Mastitda intramammar bo'shliqda yiring hosil bo'lganda davolash:

a) antibiotiklarni yuqori dozada berish

b) radial kesimlar bilan operatsiya qilish

v) yoysimon kesim bilan operatsiya qilish

g) sutni so'rib olish bilan konservativ davolash

d) yiringni punksiya qilish, yuvish va antibiotiklarni bezga kiritish

55. Qo'l panjasi orasi flegmonasida yiring joylashadi:

a) teri va qoplovchi fassiya orasida

b) kaft oldi suyaklar orasida

v) barmoqlararo bo'shliqlarning orqa yuzasida

g) Pirogov- Paron bo'shlig'ida

d) gipotenar (kichik dumboq) sohasida

56. Saramasda terida kuzatiladi:

a) oqarish

b) ko'karish

v) aniq chegarali qizarish va shish

g) terini marmar rangga kirishi

d) terini noaniq chegarali yaltiroq havo rangga kirishi

57. Xavfli abscesslar joylashadi:

a) qorin teri osti yog' qatlamida

b) ichki a'zolarida

v) chap dumba sohasida

g) yuz sohasida

d) ko'krak sohasida

58. Abscess deb ataladi:

a) soch qopchasining yallig'lanishi

b) to'qimalarda yiringning chegaralangan yig'ilishi

v) teri osti yog' qatlamining yallig'lanishi

g) fassiyalararo oraliqning yiringli yallig'lanishi

d) kindik sohasidagi yallig'lanish

59. Gidradenit deb ataladi:

a) yog' bezlari yallig'lanishi

- b) ko'ltik osti sohasidagi limfatik bezlar yallig'lanishi
 - v) apokrin teri bezlari yallig'lanishi
 - g) teri osti yog' qatlamining yallig'lanishi
 - d) quloq oldi yog' bezlarining yallig'lanishi
60. Yuz sohasi chipqonida bo'lishi mumkin bo'lgan asorat:
- a) miya pardalarining yiringli yallig'lanishi
 - b) xiqildoq shishi
 - v) chipqonning toshib ketishi (ko'payib ketishi) yoki furunkulez
 - g) parotit
 - d) xalqum orqasi absessi
61. Limfadenit deb ataladi:
- a) limfatik tomirlarni yallig'lanishi
 - b) limfa tomirlari va qon kapilyarlarini yallig'lanishi
 - v) limfatik bezlar (tugunlar) yallig'lanishi
 - g) ter bezlarining yallig'lanishi
 - d) yog' bezlarining yallig'lanishi
62. Mastit deb ataladi:
- a) sut bezi to'qimasining yallig'lanishi
 - b) sut bezi terisining yallig'lanishi
 - v) sut bezi sohasining atrof to'qimalarining yallig'lanishi
 - g) sut bezi so'rg'ichini yallig'lanishi
 - d) sut bezi ter bezlarining yallig'lanishi
63. Komissural flegmona nima:
- a) bilak pay qinlarining yallig'lanishi
 - b) kaft pay qinlarining yallig'lanishi
 - v) barmoqlardan infeksiya mushaklari orasiga tushsa
 - g) pay qinlari va suyak usti pardasi yemirilishi bir vaqtda yuzaga kelsa
 - d) barmoqning hamma qismlarida yallig'lanish ro'y bersa
64. Pandaktilitni davolash usuli:
- a) antibiotikoterapiya
 - b) yiringni chiqarib tashlash uchun kesimlar
 - v) rentgenoterapiya va ultrabinafsha nurlari
 - g) lazer bilan davolash

d) amputatsiya, ekzaartikulyatsiya

65. Qo'l panjasi kaft yuzasi chuqur flegmonasida yiring yig'iladi:

a) kaft aponefrozi ostida

b) kaft aponefrozi va barmoqlarni bukuvchi pay oralig'ida

v) komissural oraliqda

g) Pirogov- Paron bo'shlig'ida

d) barmoqlarni bukuvchi payi va suyaklararo mushaklar oralig'ida

66. Tenar fassial oralig'i flegmonasida yiring yig'iladi:

a) kaftning yuza fassial o'rindigida

b) kaftning chuqur fassial o'rindig'ida

v) 1 va 2 barmoqlar orasi komissural bo'shlig'ida

g) 5- barmoq mushaklari fassial bo'shlig'ida

d) 1 barmoq mushaklari fassial bo'shlig'ida

67. Xuppozda infiltrat aniqlanadi:

a) teri va teri osti yog' qatlamida

b) aponevrozda

v) muskullar orasida

g) suyak to'qimasi atrofida

d) fassial bo'shliqlarda

68. Sepsis deb ataladi:

a) mikroorganizmlar va toksinlarning qonga tushishi

b) organizm reaktivligi o'zgarishi bilan kechadigan kasalliklar

v) infeksiyalarning organizmda har xil yo'llar bilan tarqalishi

g) yuqori harorat bilan kechadigan holat

d) yiringli yallig'lanish jarayonini uzoq muddatli intoksikatsiya bilan kechishi

69. Sepsisda infeksiya qaysi birlamchi o'choqdan tarqaladi:

a) to'qimalarning yemirilishi yo'li bilan

b) to'qimalardan

v) qonning fagotsitar hujayralari orqali

g) gemato- lifogen yo'l bilan

d) granulyatsion valning buzilishi va parchalanishi natijasida

70. Sepsisning patologoanatomik manzarasiga xos bo'lgan xususiyatlaridan hisoblanadi:

- a) to'qima va a'zolarida morfologik o'zgarishlar
 - b) to'qima va a'zolarida ikkilamchi nomaxsus o'zgarishlar
 - v) septitsemiya va septikopiemiyaning a'zo va to'qimalarda ikkilamchi yiringlar hosil bo'lishi bilan birga rivojlanish
 - g) retikulo endotelial tizim to'qimalarining yiringli parchalanishi
 - d) bosh miya, yurak va boshqa a'zolaridagi distrofik o'zgarishlar
71. Panaritsiyda operativ davolash tavsiya etiladi:
- a) infiltrat bosqichida
 - b) kasallikning oltinchi kunida
 - v) antibiotiklar samara bermaganda
 - g) yiringlash bosqichida
 - d) agar sepsisga shubxa bo'lsa
72. Teri panaritsiyasida yiring joylashadi:
- a) teri osti yog' qavati kletchatkasida
 - b) faqat timoq falangasida
 - v) xususiy derma qavati ostida
 - g) epidermis ostida
 - d) bo'g'imlar atrofida
73. Teri osti panaritsiyasida konservativ davolash tavsiya etiladi.
- a) birinchi to'rt kun davomida
 - b) infiltratsiya davrida
 - v) og'riqlar bo'lmaganda
 - g) abscesslanish davrida
 - d) chuqur flyuktuatsiya bo'lganida
74. Pararektal oqmaning ichki teshigi qaerga ochiladi:
- a) Morgan kriptalar sohasiga
 - b) sigmasimon ichakka
 - v) yuqori ampulyar sohaga
 - g) o'rta ampulyar sohaga
 - d) pastki ampulyar sohaga
75. Flegmonada qanday yallig'lanish kuzatiladi:
- a) cheksiz
 - b) kapsulali
 - v) tarqalgan

g) o'ralgan

d) aralash

76. Passiv immun ta'sir nimadan iborat:

a) stafilakokk anatoksinini yuborish

b) qoqshol anatoksinini yuborish

v) antistafilokokk zardobi, antistafilokokk gamma globulin, qoqshol hamda gangrenaga qarshi zardoblar yuborish

g) glyukoza eritmasini yuborish

d) fiziologik eritma yuborish

77. Organizmning yallig'lanishga nisbatan reaksiyaning qaysi turi bo'lmaydi:

a) anergik.

b) gipoergik

v) normergik

g) poliergik

d) giperergik

78. Soch xaltachasini yallig'lanishi quyidagi nom bilan yuritiladi:

a) furunkul

b) psevdofurunkul

v) follikulit

g) adenoflegmona

d) gidradenit

79. Soch xaltachasi va teri yog' bezining yallig'lanishi quyidagi nom bilan yuritiladi:

a) furunkul

b) psevdofurunkul

v) follikulit

g) adenoflegmona

d) gidradenit

80. Ter bezining yallig'lanishi quyidagi nom bilan yuritiladi:

a) furunkul

b) psevdofurunkul

v) follikulit

g) adenoflegmona

d) gidradenit

81. Apokrin ter bezining yallig'lanishi quyidagi nom bilan yuritiladi:

a) furunkul

b) psevdofurunkul

v) follikulit

g) adenoflegmona

d) gidradenit

82. Limfa tuguni va atrofdagi yog' to'qimasining yallig'lanishi quyidagi nom bilan yuritiladi:

a) furunkul

b) psevdofurunkul

v) follikulit

g) adenoflegmona

d) gidradenit

83. Abssess qaerda uchramaydi:

a) suyakda

b) miyada

v) buyrakda

g) terida

d) yog' to'qimasida

84. Mastitni qaysi turi uchramaydi:

a) subareolyar

b) retromammar

v) subromammar

g) teri osti

d) bo'lakchali

85. Saramasni kechishi bo'yicha qaysi turi bo'lmaydi:

a) eritematoz

b) flegmonoz

v) bullez

g) gangrenoz

d) kataral

86. Paraproktitni joylashishi bo'yicha necha turi tafovut kilinadi:

a) 2 ta.

- b) 3ta
- v) 4 ta
- g) 5 ta
- d) 6 ta

87. Bolalarda paraproktitni qaysi turi ko'p uchraydi:

- a) shillik osti
- b) teri osti
- v) ishio—rektal
- g) pelviorektal
- d) retrorektal

88. Paraproktit kechish faolligi bo'yicha quyidagicha tasniflanadi:

- a) o'tkir, o'tkir osti, surunkali
- b) o'tkir, surunkali
- v) o'tkir, kaytalanuvchi, surunkali
- g) o'tkir, kaytalanuvchi, tuzaluvchi
- d) o'tkir, asoratlanuvchi, asoratlangan.

89. Tizza bo'g'imini yallig'lanishi quyidagi nom bilan yuritiladi:

- a) artrit
- b) bursit
- v) koksit
- g) gonit
- d) xondrit

90. Bo'g'im xaltasining yallig'lanishi quyidagicha nomlanadi:

- a) artrit
- b) bursit
- v) koksit
- g) gonit
- d) xondrit

91. Chanoq-son bug'imining yallig'lanishi quyidagicha nomlanadi:

- a) artrit
- b) bursit
- v) koksit
- g) gonit
- d) xondrit

92. Tog'ay to'qimasini yallig'lanishi quyidagicha nomlanadi:

- a) artrit
- b) bursit
- v) xondrit
- g) gonit
- d) mielit

93. Oqmalar qanday usul bilan aniqlanadi:

- a) rentgenografiya
- b) tomogramma
- v) fistulografiya
- g) suyak ichi bosimini aniqlash
- d) ultratovushli tekshirish

94. To'g'ri ichak oqmalari paydo bo'ladi:

- a) to'g'ri ichak shilliq qavati yallig'langanda
- b) ichaklararo absessda
- v) bemorlarda qon tomirlar yetishmovchiligida
- g) yo'g'on ichakda poliplar bo'lganda
- d) to'g'ri ichak atrofidagi yiringli jarayonlar to'g'ri ichakka ochilishi

oqibatida

95. Mastitning turlari.

- a) ayollar mastiti
- b) chaqaloqlar, o'smirlar, laktatsion, nolaktatsion
- v) laktatsion, nolaktatsion
- g) erkaklar mastiti
- d) yuqoridagilarning hammasi to'g'ri

96. Parotit bu:

- a) quloq oldi limfa bezining yallig'lanishi
- b) quloq oldi, til osti so'lak bezlarining yallig'lanishi
- v) quloq oldi so'lak bezining yiringli yallig'lanishi
- g) buyin sohasidagi limfa bezining yiringlashi
- d) hamma so'lak bezlarining yallig'lanishi.

97. Parotitning og'ir asorati

- a) yomon sifatli o'smaga aylanadi
- b) so'lak bezlarining hammasi atrofiyaga uchraydi

- v) yuz asimmetriyaga uchraydi
- g) erkaklar bepushtligiga olib kelishi
- d) og'ir asorati yo'q.

98. Bursit bu:

- a) bo'g'imlarning yallig'lanishi
- b) bo'g'implarda tuz paydo bo'lishi
- v) bo'g'im xaltasi shilliq pardasining yallig'lanishi
- g) bo'g'imga yaqin joydagi tog'ay to'qimasining yemirilishi
- d) bo'g'imda harakatning cheklanishi

99. Bo'g'im kontrakturasi nima:

- a) bo'g'imlarning yallig'lanishi
- b) bo'g'implarda tuz paydo bo'lishi
- v) bo'g'im xaltasi shilliq pardasining yallig'lanishi
- g) bo'g'imga yaqin joydagi tog'ay to'qimasining yemirilishi
- d) bo'g'imda harakatning cheklanishi

100. Bursitning sababi:

- a) infeksiya bo'g'im xaltasiga ochiq jarohat payti tushadi
- B) limfagen
- v) gematogen
- g) uzoq vaqt davom etuvchi surunkali bursit
- d) yuqoridagilarni hammasi to'g'ri

HOLATIY MASALALAR

1. Shifoxonada 2 oylik bemorda omfalit kasalligining oddiy turi tashxis quyildi. Kasalikka mos klinik manzarani ko'rsating:

a) kindikni uzoq vaqt bitmasligi, ozroq seroz chiqindisi borligi, bola aktiv, umumiy axvoli qoniqarli vazni oshmoqda

b) kindigini tez bitmasligi, kindik sohasida qizarish bor, kindikdan yiring chiqmoqda, bolaning axvoli o'rta og'ir

v) kindik sohasi qizargan, atrofdagi to'qimalarga tarqalgan bola bezovta, toksikoz belgilari bor

g) kindik sohasi qizargan, atrofdagi to'qimalarga va kindik qon tomirlariga tarqalgan, qorinning oldingi devorida eventeratsiya belgilari yo'q

d) kindik sohasi kizargan, atrofdagi to'qimalar qon tomirlariga tarqalmagan, qorinning oldingi devorida eventeratsiya belgilari bor.

2. 12 kunlik chaqaloqda onasi kuraklar orasida shish va qizarish ko'rdi, mahalliy isitmasi bor, paypaslaganda bola bezovtalanadi, sizning tashxisingiz:

a) saramas

b) abscess

v) nekrotik flegmona

g) kalsinoz

d) adenoflegmona

3. 5 kunlik chaqaloqda sut bezlarining shishishi bor, paypaslaganda og'riqli, teri o'zgarmagan, mahalliy harorati yo'q, sizning tashxisingiz:

a) sut bezlarining infiltrati

b) mastit

v) saramas kasalligining boshlanishi

g) mastopatiya

d) yuqoridagilarni hammasi

4. 5 yoshli qiz bolada pubertat davrgacha bo'lgan bitta sut bezining giperplaziyasi aniqlandi. Nima qilish kerak:

a) punksiya

b) kengaytirilgan biopsiya

- v) biopsiya
- g) dinamik kuzatuv
- d) mastektomiya

5. 5 yoshli kiz bolada chap ko'krak bezi sohasida hosila aniqlanadi, u qattiq konsistensiyali, og'riqli, o'lchami 0,5x0,5 sm ko'krak so'rg'ichiga bog'langan. To'g'ri tashxis qo'ying:

- a) ko'krak bezining xavfsiz o'smasi
- b) ko'krak bezining xavfli o'smasi
- v) qovurg'a osteomasi
- g) pubertat davrgacha bo'lgan ko'krak bezi giperplaziyasi
- d) mastit

6. Bolada doimo yiringli infeksiya bilan kasallanishi qayd etilmoqda. Bolalarda yiringli infeksiyani kechishining o'ziga xos bo'lishini ta'minlaydi:

- a) limfoid to'qimaning boyligi
- b) reaksiyaning tarqalganligi
- v) tabiiy to'siqlarni o'tkazuvchanligini oshishi
- g) to'qima va a'zolari nisbiy yetilmaganligi
- d) yuqoridagilarni hammasi

7. Yuz-jag' xirurgiyasi bulimga yotqizilgan 5 yoshli bolada qosh usti sohasida abscesslashgan furunkul bor. Davo uslubingiz:

- a) malxamli bog'lam
- b) punksiya qilib, yiringni tortib olish
- v) operatsiya qilish, antibiotiklar berish
- g) kuzatuv
- d) quruq bog'lam

8. 20 kunlik chaqaloq nekrotik flegmona buyicha operatsiya o'tkazildi. Chaqaloqlar nekrotik flegmonasi kasalligi operatsiyasidan keyingi davrda qaysi tadbir asosiy xisoblanadi:

- a) har kuniga 1 marta bog'lamni almashtirish
- b) 2-sutkadan boshlab har kuni vanna qilish
- v) har 6-8 soatda bog'lamni almashtirish
- g) bemorga drenajlovchi holat berish
- d) gemodinamik ko'rsatkichlarni har soatda kuzatib turish

9. Bemorga o'ng son sohasidagi abscess ochilganda so'ng jarohatga rezina chiqargich qo'yildi. Rezinka chiqargichni asosiy ta'siri nimadan iborat:

- a) aktiv tortib olish
- b) passiv chiqarish
- v) kapillyarlik xususiyati
- g) gigroskopik xususiyati
- d) yuqoridagilarni hammasi

10. Boldir sohasida aniq chegarali yaltiroq qizil rangda yallig'lanish ko'rinmokda, terisi shishgan, atrofi og'riqli, jarayonni tarqalishi kuzatilmokda. Tashxisingiz:

- a) furunkul
- b) karbunkul
- v) flegmona
- g) saramas
- d) teri osti absessi

11. Barmoqni uchida lo'qillovchi og'riq bor, shish, qizarish, harakatlarni chegaralanishi bor, harakat qilganda og'riq bor. Tashxisingiz:

- a) paronixiy
- b) teri panaritsiyasi
- v) teri osti panaritsiyasi
- g) timok osti panaritsiyasi
- d) suyak panaritsiyasi

12. Bolaning bo'yin sohasida yallig'langan infiltrat va uni uchida yiringli nekroz o'chog'i bor. Tashxisingiz:

- a) furunkul
- b) karbunkul
- v) flegmona
- g) furunkulyoz
- d) psevdofurunkul

13. Bolada konussimon yiringli o'choklar bor, o'rtasida yiringli ildizi bilan. Uzoq muddatli o'tkir osti kechishi klinikasi kuzatilmoqda. Qaysi kasallik uchun xarakterli:

- a) furunkul
- b) saramas
- v) flegmona
- g) psevdofurunkulyoz
- d) teri osti abscesslari

14. Bolaning 5-barmog'ida og'riq va shish bo'lib, u kaft tomon tarqalmoqda. Aktiv harakatlar yo'q, passiv harakatlar keskin cheklangan va og'riqli. Tashxisingiz:

- a) teri panaritsiyasi
- b) teri osti panaritsiyasi
- v) timok osti panaritsiyasi
- g) suyak panaritsiyasi
- d) pay panaritsiyasi

15. 5 oylik bola terisida gumbazsimon do'mbokchalar bor, yirinli-nekrotik ildizlar yo'q. Tashxisingiz:

- a) furunkul
- b) psevdofurunkul
- v) teri osti abscesslari
- g) flegmona
- d) saramas

16. Bolalarda yiringli jarroxlik infeksiyasini davolashda makroorganizm-ga ta'sir qilish nimadan iborat:

- a) qon va plazma quyish, antibiotiklarni optimal miqdorda qonda bo'lishini ta'minlash, kvars nurlari bilan nurlash
- b) aktiv va passiv immunizatsiya o'tkazish, issiq qon yuborish, donorlik zardobi yuborish, antistafilokokkli gammaglobulin yuborish, antistafilo-kokkli plazma yuborish
- v) antistafilokokkli zardob yuborish, gormonlar belgilash, antibiotiklarni yiringli o'choqda optimal miqdorini ta'minlash, nekrektomiya o'tkazish
- g) antistafilokokkli gammaglobulin belgilash, yiringli yallig'langan sohaga spesifik antitelolar yuborish, disbakterioz bilan kurashish

d) stafilakokkli anatoksinni qisqartirilgan va uzaytirilgan sxema bo'yicha belgilash, gormonlar belgilash, mahalliy issiq vannalar qilish, sepsisga qarshi antibakterial terapiya o'tkazish

17. 5 yoshli bemorda suyak panaritsiyasiga shabha bor. Suyak panaritsiyasiga tashxis qo'yishda qaysi tekshirishga asoslaniladi:

- a) shish, og'riq, barmoq terisining ko'karishi
- b) shu barmoqning kam harakatlanganligi
- v) barmoq shishi va organizm umumiy holatining o'zgarishi
- g) dinamometriya
- d) rentgenografiya

18. 17 kunlik bemor N. kasallikning ikkinchi kunining boshida umumiy holatning yomonlashishi, ko'krakni olmasligi, isitmani febril raqamlarga ko'tarilishi shikoyat qilish bilan klinikaga yotqizilgan. Qabul qilinganda, holat o'rtacha og'irlikda, bezovtalanadi. Tana harorati 38.2 C, teri rangpar, chap ko'krak sohasi giperemiyalangan, markazdan atrofga tarqalgan, flyuktatsiya sinamasi musbat. Yumshoq to'qimalarning zichlashishi va shishi mavjud. Tashxis va davolash taktikasini belgilang?

- a) yiringli mastit, shoshilinch operatsiya qilish
- b) yiringli mastit, konservativ davolash
- v) mastopatiya, kuzatish
- g) ginekomastiya, konservativ davolash
- d) yiringli mastit, antibakterial terapiya

19. Bemor M. 5 yoshda klinikaga tana haroratining 38 C ga ko'tarilishi, chap jag' osti sohada og'riqli shish shikoyatlari bilan qabul qilindi. Tekshiruvda og'iz bo'shlig'ida karies tishlari qayd etiladi. Chap jag' osti sohada 4x3x3 sm og'riqli shish aniqlanadi. Terisi giperemiyalangan. Palpatsiya vaqtida flyuktatsiya aniqlanadi. Tashxis va davolash taktikasini belgilang?

- a) adenoflegmona, shoshilinch operatsiya qilish
- b) jag' osti kistasi, operatsiya qilish
- v) adenoflegmona, konservativ davolash
- g) buyin yon kistasi, konservativ davolash
- d) limfadenit, antibakterial terapiya

20. Bemor L., 3 yosh, bolalar xirurgiyasi bulimiga orqa chiqarish teshigi sohasidagi shish, qizarish va defekatsiya vaqtida og'riq shikoyatlari bilan yotqizildi, anamnezidan tana harorati 38 S ko'tarilgan, asta-sekin umumiy ahvoli yomonlashgan, bola ich qotishidan aziyat chekadi. Mahalliy tekshirishda, anus atrofidagi terining shishishi va giperemiyasi, flyuktatsiya aniqlanadi.

Tashxis va davolash taktikasini belgilang?

- a) o'tkir paraproktit, teri osti turi, shoshilinch operatsiya qilish
- b) anal teshigi yorig'i, operatsiya qilish
- v) o'tkir paraproktit, teri osti turi, konservativ davolash
- g) surunkali paraproktit, konservativ davolash
- d) o'tkir paraproktit, antibakterial terapiya

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Bairov G.A. Srochnaya xirurgiya detey. Sankt-Peterburg.1997. 378 s.
2. Bairov G.A., Roshal L.M. Gnoynaya xirurgiya detey (Rukovodstvo dlya vrachey). - L.: Meditsina. - 1991 - 267 s.
3. Gagloev V.M. Nekotorie sovremennie osobennosti gnoynoy infektsii u detey i rannaya diagnostika yec septicheskix proyavleniy. Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uchenoy stepeni kandidata meditsinskix nauk. Sankt-Peterburg 2008 g.
4. Gostiщev V. K. Infektsiya v torakalnoy xirurgii. M.: Meditsina, 2004. – 556 s.
5. Gostiщev V. K. Klinicheskaya operativnaya gnoynaya xirurgiya. Moskva “GEOTAR-Media” 2016 g.
6. Goryunov S. V., Romashov D. V., Butivщenko I. A.. Gnoynaya xirurgiya: Atlas. Moskva “BINOM” 2004 g. 556 s.
7. Isakov Yu.F. Xirurgicheskie bolezni u detey. M.: Meditsina. - 1998. - 700 s.
8. Isakov Yu.F., Razumovskiy A.Yu. Detskaya xirurgiya. Uchebnik. Moskva. «GEOTAR-Media», 2016 g.
9. Kaipov F.I., Ostromouxova G.A. Flegmona novorojdennix. - L.: Meditsina. - 1971. - 111 s.
10. Kantemirova, O.A. Korovina, V.A. Artamonova, A.A. Shokin i dr.// Sovremennaya struktura zabolevaniy perikarda i kliniko-instrumentalnaya xarakteristika perikarditov u detey / M.G. Pediatriya Jurnal im. G.N. Speranskogo. — 2013.
11. Kepet V.A., Kulagin A.Ye., Germanenko I.G.. Xirurgicheskiy sepsis u novorojdennix i detey grudnogo vozrasta. Minsk BGMU 2013 g.
12. Kovalchuk V.I. Gnoyniy perikardit u rebenka. Jurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta № 1, 2015 g. 105 str.
13. Kraynyukov P.Ye. Etapi razvitiya xirurgii gnoynoy infektsii kisti i sovremennie podxodi k lecheniyu / P.Ye. Kraynyukov [i dr.] // Vestnik Natsionalnogo mediko-xirurgicheskogo sentra im. N. I. Pirogova. – 2017. – T. 12. - № 3. – S. 60-66.

14. Norbekov M.A., Yu.M.Axmedov. Bolalarda yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari. Samarqand 2001 yil. 42 bet.
15. Razin M. P., Strelkov N.S., Skobelev V.A., Galkin V.N. Osnovi gnoynoy xirurgii detskogo vozrasta. M.Medpraktika, 2012 g. 148 str.
16. Razumovskiy A.Yu. Detskaya xirurgiya. Natsionalnoe rukovodstvo. Rukovodstvo. Moskva. «GEOTAR-Media», 2016 g.
17. Xamraev A.J., Ataqulov J.O. Bolalar kolorektal xirurgiyasi. Toshkent "O'qituvchi" nashriyoti 2014 yil. 260 bet.
18. V. G. Suman, A.Ye. Mashkov. Gnoyno-septicheskie oslojneniya ostrix xirurgicheskix zabolevaniy u detey. Moskva "Meditsina" 2005 g. 261 str.
19. George W. Holcomb III. Ashcraft's Pediatric Surgery 6 th Edition. Textbook. NY. 2014.
20. Daniel Beauchamp, Mark Evers, Kenneth L.Mattox, Sabiston «Textbook of surgery»: The biological basis of modern surgical practice. Textbook. Elsevier. Canada. 2013.

QISQARTMA SO'ZLAR

APHJ- Amerika pulmonologlar hamjamiyati

KXT-10 - Kasalliklar xalqaro tasnifi

MBH- Mikrobiologik hodisa

TTMJ- Tanqidiy tibbiyot mutaxassislari jamiyati

UBN -Ultrabinafsha nurlar

UYuCh – Ultrayuqori chastotasi

EKG-Elektrokardiografiya

XB- Xalqaro birlik

YaQTJS- Yallig'lanishga qarshi tizimli javob sindromi

MUNDARIJA

KIRISH	3
FURUNKUL (KXT-10 L02)	6
FURUNKULYOZ.....	9
KARBUNKUL.....	11
PSEVDOFURUNKULYOZ (KXT-10 L08.8).....	14
GIDRADENIT (KXT- 10 L73.2).....	18
OMFALIT.....	20
CHAQALOQLAR MASTOPATIYASI VA MASTITI.....	23
MASTOPATIYA (KXT-10 N60.1).....	23
MASTIT (KXT-10 N61).....	24
CHAQALOQLAR NEKROTİK FLEGMONASI (KXT-10: L03)	26
SARAMAS (KXT-10: A46.0).....	32
LIMFANGIT (KXT-10: I 89.1)	38
ADENOFLEGMONA (KXT-10: L03).....	44
FLEGMONA (KXT-10: L03).....	51
PANARITSIY (L 03.0).....	54
PARAPROKTIT (KXT-10 K61).....	62
O‘TKIR PARAPROKTIT	63
SURUNKALI PARAPROKTIT.....	71
XIRURGIK SEPSIS (KXT-10: A 41).	76
O‘Z-O‘ZINI SINASH UCHUN TEST SAVOLLARI.....	82
HOLATIIY MASALALAR	101
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.....	107
QISQARTMA SO‘ZLAR	109
MUNDARIJA	110

M.N. NORBEKOV, U.X. XAYITOV
BOLALARDA YUMSHOQ TO‘QIMALARNING
YIRINGLI YALLIG‘LANISH KASALLIKLARI

O‘QUV QO‘LLANMA

Muharrir: Mahmarizo Abdurahmonov

Musahhih: M.O. Mardiyeva

Texnik muharrir: Z.N. Bobodustov

*O‘quv qo‘llanma universitet Kengashining 2023 yil 5 - maydagi
majlisda muhokama qilingan va nashrga tavsiya etilgan. (A/F 215 -sonli
bo‘rug‘igi, Ro‘yxatga olish raqami G/00088-2023).*

“STAP-SEL” MChJ nashriyoti, Samarqand - 2024

ISBN: 978-9910-720-35-2

Nashrga ruxsat etildi: 30.05. 2024 y.

© “STAP-SEL” MChJ nashriyoti.

4697



31.05.2024 yilda chop etildi.

Qog‘oz bichimi A5, 60x84¹/₁₆, Ofset qog‘ozi.

“Times New Roman” garniturasini.

Nashr bosma tabog‘i 6.93

Buyurtma № 010A/24. Adadi 100 nusxa

“STAP-SEL” MChJ

Nashriyot - matbaa bo‘limida chop etildi.

Tasdiqnona № 033337 (27.07.2022)

Manzil: Samarqand vil. Nurobod sh. Mustaqillik ko‘chasi, 16 uy.

ISBN: 978-9910-720-35-2



9 789910 720352