

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI  
SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

Ohunov A. O., Boboyev Q. X.

# **YUMSHOQ TO`QIMALAR XIRURGIK INFEKSIYASI.**

O'QUV-USLUBIY QO'LLANMA



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH MARKAZI  
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

"TASDIQLAYMAN"

O'z R SSV Fan va ta'lim  
boshqarmasi boshlig'i

O'.S. Ismailov

2022 y "10" yanvar  
№ 1 hayonnoma

"KELISHILDI"

O'z R SSVning Tibbiy  
ta'limni rivojlantirish  
markazi direktori v.v.b.

M.R. Kshpo'latova

2022 y "10" yanvar  
№ 1 hayonnoma

**YUMSHOQ TO'QIMALAR XIRURGIK INFEKTSIYASI**

**Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari yuqori kurs talabalari  
uchun o'quv-uslubiy qo'llanma**

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI  
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGINING  
TIBBIY TA'LIMNI RIVOJLANTIRISH  
MARKAZI TOMONIDAN  
TASDIQLANIB OLINDI

REDMI NOTE 9S  
AI QUAD CAMERA

10 yanvar 2022

Ohunov A. O., Boboyev Q. X. // « Yumshoq to'qimalar xirurgik infeksiyasi.»: o'quv-uslubiy qo'llanma // «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MChJ, Toshkent -2022 y.- 50 b.

**Tuzuvchilar:**

- Ohunov A. O.** - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri, O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash a'zosi, "2019 yilning eng yaxshi professori" mukofoti laureati, Amerika (SIS) va Evropa (SIS-E) jarrohlik infeksiyalari jamiyatlari a'zosi.
- Boboyev Q. X.** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini assistenti.

**Taqrizchilar:**

- Sattarov O.T.** - tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi tibbiyot fakulteti gospital xirurgiyasi kafedrasini dotsenti;
- Baymakov S.R.** - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent davlat stomatologiya institutining umumiy va harbiy dala jarrohligi kafedrasini mudiri.;

Bu uslubiy tavsiya Toshkent tibbiyot akademiyasi markaziy uslubiy komissiyasida ko'rib chiqildi va muhokama qilindi

Uchrashuv bayonnomasi No \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2021

Bu uslubiy tavsiya Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va muhokama qilindi

Uchrashuv bayonnomasi No \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2021

© Ohunov A. O., Boboyev Q. X.  
© «TIBBIYOT NASHRIYOTI MATBAA UYI» MChJ. 2022

## Mundarija

№	Nomlar	Sahifa.
1	Kirish	6
2	Furunkul	8
3	Karbonkul	9
4	Gidradenit	11
5	Abstsess	12
6	Flegmona	14
7	Saramas	16
8	Erizipeloid	18
9	Limfangit , Limfadenit,Adenoflegmona	19
10	Mastit	22
11	Paroproktit	25
12	Yiringli Parotit	27
13	AMALIY QISM Vaziyatli masalalar,Testlar Testlar	29
14	Glosariy	41
15	Adabiyotlar	45

## KIRISH

Yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyalari, klinikaga ambulator ravishda tashrif buyuruvchi jarrohlik bemorlarning birlamchi davolash tuzilishida etakchi patologiya hisoblanadi va kasalxonada operatsiyadan keyingi nozokomiyal yumshoq to'qimalar kasalxonadagi barcha yuqumli kasalliklarning 40 foizini tashkil qiladi, shuningdek etakchi o'rinni egallaydi (2,3).

XXI asrda jarrohlik sohasi rivojlanib, ko'p jihatdan yuksaldi, nafaqat amaliy yaxshilanishlar bilan, balki mustahkam ilmiy salohiyat bilan boyigan muhim yutuq bilan ajralib turadi. Jarrohlik tibbiyotning asosiy fanlaridan biri sifatida "yara" va "yara infeksiyasi" kabi keng tushunchalar bilan chambarchas bog'liq va yiringli yaralarni davolash masalalari insoniyat paydo bo'lganidan beri uni tashvishga solmoqda. Jahon tibbiyoti ilm-fan erishgan yutuqlariga qaramay, ular hozirgi paytda dolzarb bo'lib qolmoqda (8).

Jarohatni davolash doimo jarrohlik amaliyotida birinchi o'rinda turadi. Ko'pgina qiyinchiliklar yaralarni birlashtirgan infeksiya bilan davolashda yuzaga keladi, bu esa "uxlab yotgan" infeksiya bilan bog'liq bo'lib, uning tajovuzkorligi mikrofloraning o'zgaruvchanligi va organizmning reaktivligi bilan belgilanadi (5,6).

Kasalxona infeksiyalari tarkibida yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyalari (operatsiyadan keyingi yiringlash, infeksiyadan keyingi asoratlari va boshqalar) 36% 1 ga, Rossiyada 24% 2 ga etadi. Teri va yumshoq to'qimalarning infeksiyalari jarrohlik amaliyotiga murojaat qiladigan bemorlarning eng ko'p uchraydigan patologiyadir: Buyuk Britaniyada kasalxonaga yotqizilganlarning 10%. Ekspertlarning hisob-kitoblariga ko'ra, bu patologiya har yili Rossiya Federatsiyasida 700 mingga yaqin bemorda kuzatiladi. Bu muammoning muhimligini nekrotik infeksiyalar kabi kasalliklarda o'limning 50 foiz va undan ko'prog'iga etib borishi ham isbotlashi mumkin. Etiologiyani hisobga olgan holda shuni ta'kidlash mumkinki, teri va yumshoq to'qimalarning infeksiyalari odatda mustaqil kasallik yoki har qanday mexanik shikastlanishlar, jarrohlik muolajalar va bakterial mikroorganizmlarning keng doirasidan kelib chiqadi. Ularni aniqlash jarroh uchun ayniqsa qiyin emas. Kamdan kam hollarda, bunday infeksiyalar o'z-o'zidan paydo bo'ladi va bunday hollarda o'z vaqtida tashxis qo'yish va davolanish muammolari paydo bo'ladi. Etiologik nuqtai nazardan, YTI keltirib chiqaruvchisi odatda bakterial va ko'p hollarda polimikrobidir. Jarayonda eng ko'p ishtirok etadigan bakteriyalar *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* spp. (*Streptococcus pyogenes* va kamroq darajada B, C va G guruhlarining streptokokklari), enterobakteriyalar va anaerob mikroorganizmlar (*fragilis* guruhining bakteroidlari va *Clostridium* spp.) 4. *S. aureus* ko'p hollarda teri va yumshoq to'qimalar infeksiyalarini davolash samaradorligi bog'liq. Stafilokokk infeksiyalarini davolash samaradorligi

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
UMUMIY JARROHLIK KAFEDRASI №1**



**YUMSHOQ TO`QIMALAR XIRURGIK INFEKSIYASI.**

**(O`quv-uslubiy qo`llanma)**

Toshkent-2021

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
UMUMIY JARROHLIK KAFEDRASI №1**

**"KELISHILGAN"**

**O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirligi Fan  
va tibbiy ta'lim bosh  
boshqarmasi boshlig'i  
Ismailov O`.S**

**" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2021 yil.**

**" TASDIQLANGAN "**

**O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirligi  
tibbiy ta'limni  
rivojlantirish markazi  
direktori  
Eshpo`latova M.R.**

**" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2021 yil**

**YUMSHOQ TO`QIMALAR XIRURGIK INFEKSIYASI.  
(O`quv-uslubiy qo`llanma)**

Toshkent-2021

### **Tuzuvchilar:**

**OHUNOV Alisher Oripovich** - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini mudiri, O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash a'zosi, "2019 yilning eng yaxshi professori" mukofoti laureati, Amerika (SIS) va Evropa (SIS-E) jarrohlik infeksiyalari jamiyatlari a'zosi.

**BOBOYEV Qaxramon Xaydaralievich** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini assistenti.

### **Taqrizchilar:**

**SATTAROV O.T.** - tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi tibbiyot fakulteti hospital xirurgiyasi kafedrasini dotsenti;

**BAYMAKOV S.R.** - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent davlat stomatologiya institutining umumiy va harbiy dala jarrohligi kafedrasini mudiri.;

Bu uslubiy tavsiya Toshkent tibbiyot akademiyasi markaziy uslubiy komissiyasida ko'rib chiqildi va muhokama qilindi

Uchrashuv bayonnomasi No \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2021

Bu uslubiy tavsiya Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy kengashida ko'rib chiqildi va muhokama qilindi

Uchrashuv bayonnomasi No \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2021



# Mundarija

№	Nomlar	Sahifa.
1	Kirish	5
2	Furunkul	7
3	Karbonkul	9
4	Gidradenit	10
5	Abstsess	11
6	Flegmona	13
7	Saramas	15
8	Erizipeloid	17
9	Limfangit , Limfadenit,Adenoflegmona	18
10	Mastit	21
11	Paroproktit	24
12	Yiringli Parotit	26
13	AMALIY QISM Vaziyatli masalalar,Testlar	28
14	Glosariy	40
15	Adabiyotlar	44

## KIRISH

Yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyalari, klinikaga ambulator ravishda tashrif buyuruvchi jarrohlik bemorlarning birlamchi davolash tuzilishida etakchi patologiya hisoblanadi va kasalxonada operatsiyadan keyingi nozokomiyal yumshoq to'qimalar kasalxonadagi barcha yuqumli kasalliklarning 40 foizini tashkil qiladi, shuningdek etakchi o'rinni egallaydi (2,3).

XXI asrda jarrohlik sohasi rivojlanib, ko'p jihatdan yuksaldi, nafaqat amaliy yaxshilanishlar bilan, balki mustahkam ilmiy salohiyat bilan boyigan muhim yutuq bilan ajralib turadi. Jarrohlik tibbiyotning asosiy fanlaridan biri sifatida "yara" va "yara infeksiyasi" kabi keng tushunchalar bilan chambarchas bog'liq va yiringli yaralarni davolash masalalari insoniyat paydo bo'lganidan beri uni tashvishga solmoqda. Jahon tibbiyoti ilm-fan erishgan yutuqlariga qaramay, ular hozirgi paytda dolzarb bo'lib qolmoqda (8).

Jarohatni davolash doimo jarrohlik amaliyotida birinchi o'rinda turadi. Ko'pgina qiyinchiliklar yaralarni birlashtirgan infeksiya bilan davolashda yuzaga keladi, bu esa "uxlab yotgan" infeksiya bilan bog'liq bo'lib, uning tajovuzkorligi mikrofloraning o'zgaruvchanligi va organizmning reaktivligi bilan belgilanadi (5,6).

Kasalxona infeksiyalari tarkibida yumshoq to'qimalarning jarrohlik infeksiyalari (operatsiyadan keyingi yiringlash, in'ektsiyadan keyingi asoratlar va boshqalar) 36% 1 ga, Rossiyada 24% 2 ga etadi. Teri va yumshoq to'qimalarning infeksiyalari jarrohlik amaliyotiga murojaat qiladigan bemorlarning eng ko'p uchraydigan patologiyadir: Buyuk Britaniyada kasalxonaga yotqizilganlarning 10%. Ekspertlarning hisob -kitoblariga ko'ra, bu patologiya har yili Rossiya Federatsiyasida 700 mingga yaqin bemorda kuzatiladi. Bu muammoning muhimligini nekrotik infeksiyalar kabi kasalliklarda o'limning 50 foiz va undan ko'prog'iga etib borishi ham isbotlashi mumkin. Etiologiyani hisobga olgan holda shuni ta'kidlash mumkinki, teri va yumshoq to'qimalarning infeksiyalari odatda mustaqil kasallik yoki har qanday mexanik shikastlanishlar, jarrohlik muolajalar va bakterial mikroorganizmlarning keng doirasidan kelib chiqadi. Ularni aniqlash jarroh uchun ayniqsa qiyin emas. Kamdan kam hollarda, bunday infeksiyalar o'z - o'zidan paydo bo'ladi va bunday hollarda o'z vaqtida tashxis qo'yish va davolanish muammolari paydo bo'ladi. Etiologik nuqtai nazardan, YTI keltirib chiqaruvchisi odatda bakterial va ko'p hollarda polimikrobialdir. Jarayonda eng ko'p ishtirok etadigan bakteriyalar *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.* (*Streptococcus pyogenes* va kamroq darajada B, C va G guruhlarining streptokokklari), enterobakteriyalar va anaerob mikroorganizmlar (*fragilis* guruhining bakteroidlari va *Clostridium spp.*) 4. *S. aureus* ko'p hollarda teri va yumshoq to'qimalar infeksiyalari bilan bog'liq. Stafilokokk infeksiyalarini davolash samaradorligi kasalxonalarda oksatsillin / metitsillinga (MRSA) chidamli shtammlarning keng tarqalishi hisobiga kamayadi, ular beta-laktamli antibiotiklarga tabiiy qarshilikdan tashqari ko'pincha boshqa sinflarga qarshilik bilan tavsiflanadi. antibakterial

preparatlar, xususan aminoglikozidlar, makrolidlar, lincosamidlar ftorxinolonlar. MRSA sabab bo'lgan infeksiyalar katta tibbiy va ijtimoiy ahamiyatga ega 9 chunki ular yuqori o'lim bilan bog'liq va davolanish uchun yuqori moddiy xarajatlarni talab qiladi<sup>5</sup>. Rossiya Federatsiyasining shifoxonalarida MRSA chastotasi so'nggi yillarda doimiy ravishda o'sib bormoqda va o'rtacha 65%ni tashkil etadi, garchi alohida institutlar o'rtasida bu ko'rsatkichning qiymatida sezilarli farqlar mavjud bo'lsa (5 dan 90%gacha). MRSA infeksiyasi muammosi reanimatsiya, travmatologiya, kuyish shikastlanishi va yiringli jarrohlik bo'limlarida eng dolzarbdir. MRSA infeksiyalari uchun xavf omillari 6-8: • oldindan kasalxonaga yotqizish • beta-laktam antibiotiklari bilan davolash • travmatik miya shikastlanishi • mexanik ventilyatsiya • tomir ichiga kateterlar • MRSA nazofarengal tashish. Teri va yumshoq to'qimalar infeksiyasida MRSAning yuqori ahamiyatliligi, bu mikroorganizmlarga (linezolid, vankomitsin, tigetsiklin) qarshi faol antibakterial dorilarni, shu jumladan MRSA infeksiyasi uchun xavf omillari mavjud bo'lganda empirik terapiya sifatida davolash protokollariga kiritilishini nazarda tutadi.

Shunday qilib, so'nggi yillarda yangi qoidalar va ishlanmalarni amalda qo'llashda etarlicha katta tajriba to'plandi. Bularning barchasi yumshoq to'qimalar infeksiyasining turli shakllari bilan og'rigan bemorlarni tashxislash va davolashda keng ko'lamli shifokorlarni zamonaviy yutuqlar va imkoniyatlar bilan tanishtirish zarurligini qat'iy belgilab beradi.

## YUMSHOQ TO'QIMALAR NOSPETSIFIK XIRURGIK INFEKTSIYASI

**Furunkul** - bu terini soch qopchasi va yog' bezlarining yiringli yallig'lanishi. Furunkul ko'pincha kiyimlar bilan shikastlanuvchi joylarda: buyin, bel, son, elka va dumba soxalarida uchraydi.

Erta (infiltrativ) bosqichida terini sochli va ter bezlari mavjud sohalarda og'riqli dumaloq tuguncha paydo bo'ladi va uni atrofida teri qizargan infiltrat bilan o'ralgan bo'ladi. Bemorlar teridaqichish, sanchiluvchi og'riqlar, teri qizarishi, terida shish, tananing subfebril temperaturani ko'tarilishiga shikoyat qiladi.

Yuz venalarining tromboflebiti, miya sinuslarining tromboflebiti, limfadenit, flegmona, yiringli artrit, sepsis kabi furunkul asoratlari mavjud. Umumiy intoksikatsiya kuchayishini sababi: yuzda joylashgan furunkul limfa va qon tomirlarni juda ko'pligidir. Avval yuzni old venalarida tromboz kuzatiladi. Qon dimlanadi va tezlik bilan infeksiya v. angularis orqali v. ophthalmica ga o'tadi, bu vena esa sinus cavernosus ni qon bilan ta'minlaydi. Natijada bu sinusda septik tromboz yuzaga keladi va infeksiya miya qobig'i buylab tarqab septik meningitga sabab bo'ladi. Asoratlangan furunkulni faqat statsionar sharoitda davolash tavsiya qilinadi. **1)Rasm- Furunkul**



**Davolash** furunkulning klinik bosqichlariga asoslanadi. Boshlag'ish bosqichida fizioterapevtik muolajalardan (UUT, lazer, quruq issiq va b.) keng foydalaniladi. Shunda yallig'lanish o'chog'ida qon aylanishi yaxshilanadi va yallig'langan o'choq atrofida himoya devor chegarasi paydo bo'ladi. Bu uz navbatidainfektsiyani gematogen yo'l bilan organizm buylab tarqalashini oldini oladi. Bundan tashqari, yiringli o'choqqa 70% spirt bilan ishlov berish, o'choq soxasini sochlardan tozalash, o'choqni antibiotiklar eritmali bilan tuyintirish

zarur. Zaruriyat buyicha bemorni shifoxonagayotqizish maqsadli bo'lib xisoblanadi. Agar furunkul oyoq yoki qullarda bulsa ularni immobilizatsiya qilish kerak. Operativ davolashga ko'rsatma furunkulning og'ir asoratlari xisoblanadi. Operatsiya texnikasi: furunkulni o'rtasidan yiringli bo'shliqqacha kesma bilan kiriladi vaoperatsiyadan keyingi davrda qayta yig'ilgan yiringni bemalol chiqishiga, yiringli bo'shliqni sanatsiya qilish uchun sharoit yaratiladi. Yuz soxasida bo'lgan furunkulni davolash tadbirlarigaantikoagulyanlar qo'shiladi.

**Profilaktikasi** tananing furunkul chiqadigan sohalarida doimiy tozalikga rioya qilish zarur, tez-tez liboslar almashtirish kerak, kiyilgan liboslar teriga qattiq tegishi kerak emas, terida mikroshikastlar furunkulga sabab bo'ladi.

**Karbunkul** - bir nechta soch xaltasi va ter bezchalarini yiringli yallig'lanib, uni atrofida infiltrat paydo bo'lib jarayon teri ostiga yog' qavatiga tarqalishiga deyiladi.

Kasallikni chaqiruvchi mikroob tilla va sariq rangli stafilokokk hisoblanadi. Karbunkulni tanada eng ko'p uchraydigan sohalari: ensa sohasi, bo'yinni orqa yuzasi, ikki kurak orasi va dumba sohalari.

**Klinik manzarasi** furunkulni klinik kechishiga nisbatan og'irroq kechadi. Avval terida kattaroq yoki kichikroq terisi qizargan pustula paydo bo'ladi va qizg'ich rang asta sekin ko'k aralash to'q qizil tusga kiradi. Uning sababi mahalliy mikrosirkulyasiyani trombozidir. Bu uz navbatida karbulkunda doimo nekroz holati kuzatilishiga sabab bo'ladi. Shu bilan baravar kuchli og'riq bezovta qila boshlaydi. Tana harorati 39°S gacha ko'tariladi Shish asta sekin kattalashib paypaslab ko'rilganda qattiq konsistensiyali infiltratga aylanadi. 2-3 kun o'tgandan so'ng karbunkulni ustida soch qopchalari va ter bezlari proektsiyalarida nekrozchalar paydo bo'ladi. Bemorni himoya funksiyasi yaxshi bo'lsa va o'z vaqtida kechikmasdan konservativ davolash olib borilsa nekrozga uchragan to'qimalar ko'chib tushadi va ma'lum vaqt o'tishi bilan yallig'lanish tuzaladi. Agarda konservativ davolash kech boshlansa va organizmni himoya kuchi zaiflashgan bo'lsa (karbunkul ko'pincha ovqatlanish tartibi buzilgan, ahvoli xarob, tinka-madori qurigan va qariyalarda uchraydi) jiddiy asoratlar kelib chiqadi. Limfangit, limfadenit, tromboflebit asoratlardan boshqa metastatik yiringli o'choqlar paydo bo'ladi va sepsis bilan asoratlanishi mumkin.

## 2)Rasm- kurak sohasi Karbunkuli



**Davolash** rejasini tuzishda, asosan yiringli jarayonni holati, bosqichi va bemorni umumiy ahvoli, ya'ni organizmni zaharlanish darajasiga asoslanadi.

Konservativ davolash qachonki yiringli o'choq chegaralangan bo'lsa, organizmni zaharlanish belgilari yo'q bo'lsa va bemorni umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli bo'lsa qo'llaniladi. Konservativ davolash chora-tadbirlariga, antibiotiklar va antikoagulyantlar qo'llash bilan olib boriladi, davolash paytida albatta bemorga mutloq tinch sharoit tavsiya qilinadi. Yiringli o'choqdan eksudatni ziddiyatsiz chiqib turishi uchun, yiringli follikulalar o'chog'i terisi salisil kislotasini kukuni bilan ishlov beriladi. Salitsil kislotasi kukuni infiltratni markaziga joylashtirib ustidan bog'lam qo'yiladi. Salisil kislotasi qo'yilgan joyni atrof terisini himoya qilish uchun Lassar xamiri surtiladi. Lassar xamirini ishlatishdan oldin, xloretil sepib mahalliy og'riqsizlantiriladi. Shundan so'ng salisil kislotasi qo'yilgan joyni terisi emirilib, toksik moddalarni tashqariga chiqishi ta'minlanadi, shu bilan birga yallig'lanish jarayoni kundan-kunga kamayib tuzalish tezlashadi.

Agarda karbunkul og'ir zaharlanish bilan kechayotgan bo'lsa, unda bemorni hayoti xavf ostida ekanligi inobatga olinib yiringli o'choq operativ xirurgik usul bilan iloji boricha sog' to'qimagacha kesib olib tashlanadi. Azaldan karbunkulni xirurgik davolashda nekrotik to'qimalarni ko'proq olib tashlashga imkon yaratadigan hojsimon «†» va «H» simon kesmalar qilinadi.

Hozirgi paytda karbunkulni xirurgik davolashda, yiringli o'choqni konussimon kesib olib tashlash yaxshi natija bermokda. Operatsiyani umumiy

(vena ichiga) nakroz bilan qilish tavsiya qilinadi. Nekrotik to'qimalar fassiyagacha yoki yuzaki mushaklarga kesib olib tashlanadi. Operatsiyadan so'ngi jarohat joyidagi chuqurchaga tampon qoldiriladi.

Oxirgi paytlarda ko'pgina davlatlar xirurgiyasida karbunkulni operativ davolashda, nekroektomiya qilish uchun lazer skalpeli ishlatilmoqda, bu usulda kesma qilinganda sog' to'qimalar kamroq shikastlanadi. Nekroektomiyadan so'ng deffektga chok qo'yiladi, yoki erkin teri ko'chirib o'tkaziladi.

**Gidradenit** – apokrin ter bezlarini yiringli yallig'lanishi. Kasallikni qo'zg'atuvchisi ko'pincha tilla rangli stafilokok hisoblanadi. Infeksiya bezlarga ter chiqaruvchi yo'llardan yoki perekanalikula limfatik yo'llar bilan kiradi. Hidradenit ko'p uchraydigan anatomik sohalar: qo'ltiq osti chuqurchasi, chov sohasi va ko'krak bezi sohasi.

**Klinik manzarasi** qo'ltiq ostida avval qattiq elastik konsistensiyali chegaralangan infiltrat paydo bo'ladi, va asta sekin kattalashib teri ustiga shishib chiqadi. Ustki terisi avval qizaradi, keyin ko'kimtir-qizg'ish rangga kiradi. Infiltrat sohadagi to'qimalar emirilgandan so'ng, uning o'rtasida abstsess paydo bo'ladi. Abstsess usti terisi yupqalashib yoriladi va yiring tashqariga chiqa boshlaydi. Ayrim hollarda bir joyni o'zida bir nechta infiltratlar paydo bo'lib, ular qo'shilib katta abstsessga aylanadi. Hidradenitda og'riq kuchli bo'lganligi sababli, bemorlar qo'lini harakatlantirishdan qo'rkishadi. Tana harorati subfebrilgacha ko'tariladi, shu sababli ko'pincha bemorlarni qaltiroq tutadi.

### **3)Rasm-chap qo'ltiq osti Hidradenit**



**Davolash** chora-tadbirlari rejasini tuzishda, asosan yiringli jarayonni holati,

bosqichi va bemorni umumiy ahvoli, ya'ni organizmni zaharlanish darajasiga asoslanadi. Bunda antibiotiklar va quruq issiq fizioterapevtik muolajalar qo'llaniladi. Qo'ltiq ostidagi tuklar ehtiyotlik bilan qirib tashlash kerak. Muvofiq qo'l fiksasiya qilinadi. Gidradenit infiltrativ bosqichidan abstsess bosqichiga o'tsa, yiringli bo'shliq Langer chizig'i buylab kesib ochiladi, yiring evakuasiya qilinib drenaj qoldiriladi.

**Abstsess** — chegaralangan yiringli bushlik. Abstsess teri osti yog qavatida, mushaklarda, suyak va ichki a'zolar (upka, jigar, buyrak, bosh miya) da uchraydi. Teri osti yog' qavatida abstsessi teri osti yog' qavatiga bilan chegaralangan bo'ladi.

Abstsess terini har qanday yallig'lanish jarayonida (furunkul, karbunkul, gidradenit va h.k) larda kelib chiqishi mumkin, yoki teri va teri osti yog' qavatiga infeksiya teridagi jarohlardan, in'eksiya paytida tushishidan va teri osti gematomalarni infeksiyalanishdan xam kelib chiqishi mumkin.

**Klinik kechishi** — joylashgan joyi va yiringli bo'shliqni hajmiga qarab o'zgacha kechadi. Yiringli bo'shliq teriga yaqinroq joylashgan bo'lsa, abstsessni mahalliy klinik belgilari yaqqol namoyon bo'ladi. Bu belgilarga: teri qizarishi, o'choqda shish, tana harorati gektik darajasigacha ko'tarilishi, kuchli lo'qqillovchi og'riq bezovta qilishi kabi simptomatikalar qayd qilinadi.

Shish usti paypaslanganda absstesni diagnostikasi uchun eng muhim belgisi, infiltrat to'qimasi yumshab qolishi va yiring ko'p yig'ilgan bo'lsa flyuktuasiya simptomi aniqlanadi. Flyuktuasiya simptomini aniqlash uchun, xirurg ikki qo'l panjasini yumshagan infiltratni ikki chetiga qo'yib, o'ng yoki chap qo'l panjasi bilan zarba berib silkitadi, bunda ikkinchi panja zarbani sezadi.

**Tashxislash.** Agar yiringli o'choq chuqur joylashgan bo'lsa, abstsessni simptomlaridan faqat og'riq mavjud bo'ladi, og'riqli infiltrat paypaslanadi, ammo yiring chuqur joylashgani uchun flyuktuasiya simptomini aniqlashni iloji bulmaydi. Diagnostikada qiyinchilik tug'ilsa, abstsessni klinik manzarasi (kuchli og'riq, yuqori gektik isitma) kuzatilganda shish o'rtasidan Dyufo ingnasi bilan punksiya qilib yiring topilsa, demak bu abstsess.

Hozirgi zamon xirurgiyasi chuqur joylashgan yiringli o'choqlarni diagnostikasida muammo yo'q, chunki ultratovush bilan yiringli bo'shliqni teridan qancha chuqurda, yiringli bo'shliqni umumiy hajmini aniqlab beradi.



#### 4)Rasm –Yuz sohasi Abstsessi



**Davolash** faqat operativ yo'l bilan amalga oshiriladi. Mahalliy og'riqsizlantirish bilan yiringli bo'shliq ustidan teri kesmasi qilinadi va yiringli bo'shliq ochilib yiring evakuasiya qilinadi. Koldiq bo'shliq antiseptik moddalar, 3% li vodorod peroksid, furasillin, 10% gipertonik eritmalar bilan ishlov berilgandan so'ng absces bo'shlig'iga silikon naychalardan drenaj o'rnatiladi va giperosmolyar xususiyatiga ega eritmalar, 10% li gipertonik eritmaga shimdirilgan marli-doka tampon qoldiriladi, yoki levomekol malhami shimdirilgan tampon qoldiriladi. Agarda absces bo'shlig'i juda katta bo'lsa kontrapertura orqali uzok muddatga yiringli bo'shliq ichi yuvib turiladi.

Yiringli bo'shliq atrof to'qimalarga nisbatan erkinroq bo'lsa sog' to'qimalargacha kesib (ekssiziya) qilib olib tashalanadi. Operatsiyani asosiy va eng mas'uliyatli bosqichi, bu barcha hayotga noloyiq to'qimalar yuzadan chuqurlikgacha kesib olib tashlanadi. Nekrotik to'qimalarni to'liq olib tashlashga erishilsa, xirurg shunga amin bo'lsa unda chok qo'yishga zamin yaratiladi, ammo chok qo'yilsa ham yiringli bo'shliq ichiga drenaj naycha qoldiryokib antiseptik vositalar bilan ishlov berib, aktiv va passiv so'rg'ichlar bilan yig'ilgan suyuqlik so'rib turiladi.

**Flegmona** teri osti yog' qavatlari, mushaklararo sohalarni va qorinni orqa devori bo'shlig'idagi va x.k. yog tukimalarining o'tkir tarqalgan yiringli yallig'lanishiga deb ataladi.

Flegmonani yiringli va chirituvchi mikrofloralar keltirib chiqaradi,

ko'pincha mahalliy yiringli jarayonni (furunkul, karbunkul va boshqalar) asorati flegmona bilan tugashi mumkin.

### 5)Rasm-Bo`yin sohasi flegmonasi



**Klinik manzarasi.** Zararlangan soxada eng avval shish paydo bo'ladi, shish usti terisi qizaradi va shu joyda doimiy og'riq bezovta qiladi. Bemorni umumiy ahvoli og'irlashib zaharlanish darajasi oshadi, tana harorati ko'tariladi, boshi og'riydi, qaltiroq tutadi, lohaslanib darmonsizlik kuzatiladi. Klinik kechishiga qarab chegaralangan va keng tarqalayotgan flegmona tafovut qilinadi. Chegaralangan flegmona keng tarqalmaydi, ko'pincha uni qo'zg'atuvchisi stafilokokk bo'lib chiqadi. Tarqalayotgan flegmona esa keng maydonga tarqalib boradi, zaharlanish ham o'ziga yarasha yukori bo'ladi. Flegmonani maxsus guruxiga chirituvchi flegmona mansubdir. Qo'zg'atuvchi mikroorganizmi aerob(stafilokokk) va anaerob (ichak tayoqchasi, ko'k yiring tayoqcha, protey va b.) larni uyg'unligidan flegmonaning mazkur turi kelib chiqadi. Chirituvchi yiringli infeksiyani patologik jarayoniga xos klinik belgilaridan: nekrozlanish holati yallig'lanish holatidan ustunlik bulishi misol bo'la oladi. Bunda organik birikmalar, azot birikmalari (assosan oqsil birikmalari) ni parchalanishi natijasida qo'lansa hidli yiringli ajratma chiqishi bilan ajralib turadi. Odatda chirituvchi flegmona ifloslangan, infeksiyalashgan katta maydondagi jarohlardan rivojlanadi, ayniqsa o'lik to'qimalari ko'p miqdorda bo'lsa. Bundan tashqari, jaroxatning chuqur cho'ntaklari bo'lsa chirituvchi flegmonani rivojlanishi uchun eng qulay biologik sharoit hisoblanadi. Chirituvchi flegmona sohadagi to'qimalar, o'ziga xos kulrang

tusda bo'ladi, nekrozga uchragan to'qimalari ko'p bo'ladi, gemorragik suyuqlik ajraladi va qo'lansa hidli, ifloslangan yiringli ajratma chirituvchi flegmonani doim kuzatiladigan klinik belgilari sanaladi. Jarohat atrofidagi terisi giperemiyaga uchragan bo'ladi. Organizmda zaharlarni yig'ilishi, bemorlarni umumiy ahvolini og'irlashtiradi, tana harorati gektik darajaga tezda ko'tariladi, issiqlik yo'qotish sababli kuchli sovuq qotib qaltiroq bosadi, meningial simptomlar paydo bo'ladi, markaziy nerv sistemasini faoliyati buziladi, hazm sistemasi va ayirish sistemasi faoliyatlari sezilarli darajada buziladi.

Flegmonani davolash faqat operatsiya yo'li bilan olib boriladi. Flegmonani boshlang'ich bosqichida, chegaralangan fazasida konservativ usullardan asosan fizioterapevtik muolajalar, quruq issiq, nurlar yordamida yallig'lanish jarayonini tarqalib ketishini to'xtatish chora-tadbirlari o'tkaziladi. Biroq yallig'lanish jarayoni rivojlanish tomonga jadallashsa, unda albatta operatsiya qilinadi. Operatsiya qilganda operasion jaroxat kesmasini etarli darajada katta qilib ochish kerak, aks holda xirurgiyada uchrab turadigan holat, ya'ni kosmetik nuqtai nazardan kichik kesma qilib, yallig'lanish jarayonni yashin tezligida rivoshlanib ketishiga biologik qulay sharoit yaratib qo'yganligiga aql-farosati etmaydi, natijada, bemorni ahvoli og'irlashib ketaveradi, hatto sepsisgacha asoratlanib o'z vaqtida haqiqiy mutaxassisga uchramasa o'lim bilan tugashi mumkin. Yiringli bo'shliqni kesib ochganda, yiringni chiqarib tashlab, antiseptik moddalar bilan obdon ishlov beriladi va tampon yoki drenaj qoldiriladi. Zaharlanish belgilari aniqlansa, albatta dezintoksikasion terapiya va antibiotikoterpiya qo'llash, yiringli xirurgiyani oltin qonuniyatiga kiritilgan.

**Saramas** - o'tkir nospesifik yiringli xirurgik infeksiyon kasallik bo'lib, o'ziga xos klinik belgilari va basqichlaridan, teri va shilliq qavatlarda o'tkir mahalliy seroz va seroz-gemorragik yallig'lanish bilan kechadigan, tana harorati to'satdan gektik darajagacha ko'tariladigan, qisqa muddatda zaharlanish kuchayib bemorni umumiy ahvoli og'irlashadigan kasallik turiga kiradi.

Saramasda yallig'lanish jarayoni terini epidemis va derma qavatini, hamda limfa kapillyar tomirlargacha qamrab oladi. Infeksiya organizmga kichik-kichik tiralgan, shilingan jarohatchalar orqali kiradi. Terini o'zida anabioz shakldagi shartli patogen mikroorganizmlar uchun qulay biologik sharoit (qon va to'qima

suyuqligi) yaratilganlik sababli patogen holatga o'tib kasallik chaqiradi. Saramasni eng ko'p uchraydigan tana sohalari bu yuz terisida, bosh terisida va oyoq-qo'llarda bo'ladi. Bir so'z bilan aytganda tanani ochiq joylarida ko'p uchraydi.

## 6)Rasm-Saramas



**Klinik manzarasi.** Kasallikni boshlang'ich davrida tana harorati  $40^{\circ}$ - $41^{\circ}$ S gacha ko'tariladi, issiqlik yo'qotilish sababli sovuq qotib qaltiroq tutadi, bosh og'riydi, og'zi quriydi, chanqaydi, tomir urishi tezlashadi, bemorni umumiy ahvoli og'irlashadi. Inkubasion davri 1-3 kun davom etadi va infeksiya kirgan soha terisida keng maydonni qamrab olgan, mutloq chegaralangan (geografiya xaritasiga o'xshash), och qizil rangdan asta sekin to'q qizis tusga kiradigan "macula color" dog' paydo bo'ladi.

Agar infeksiya o'chog'ida teri osti yog' qavati juda mo'rt bo'lsa (yorg'oq va qovoq sohasi) avjlanayotgan shish paydo bo'ladi. Teridagi shishni giperemiyaga uchragan sohasini chetlari egri-bugri ilon iziga o'xshash bo'ladi, sog' teriga nisbatan aniq chegaralangan bo'ladi, butun shish usti giperemiyaga uchragan teri sathini ko'rinishi rasmga olingan «alanga» shakliga o'xshaydi.

Saramasda yallig'lanish jarayonni tarqalishiga ko'ra, qizarish asta sekin shu joyni o'zida kattalashsa sudraluvchi, agar shu joydan boshqa joyda ham alohida giperemiya paydo bo'lsa migrasiyalovchi turlariga bo'linadi. Davolashda ko'proq foizi konservativ davolashni tashkil qiladi. Konservativ davolash antibiotiklar (eritromisin va streptomisin) qo'llashga asoslangan. Bundan tashqari mahalliy fizioterapevtik muolajalardan quruq issiq, ultrabinavsha nurlar va kasal qo'l yoki

oyoqni tinch holatda tutish. Mahalliy dimeksid bilan suvda suyuladigan dioksikol malhami aralashtirib aseptik bog'lam qo'yiladi. Ular oshlash va qurutish xususiyatiga ega. Antiseptiklar bilan namlangan bog'lam va davolovchi vanna kullash qat'yan mumkin emas! Saramasni flegmonoz va gangrenoz turida operatsiya qilinadi va antibiotikoterapiya, ximioterapiya qo'llaniladi. Saramas kasalligi davolangandan keying maxsus immunitet qoldirmaydi.

Saramas yallig'lanishni bosqichlariga ko'ra quyidagi turlariga bo'linadi:

1) eritematoz bosqichga, bu bosqichda faqat terini keskin giperemiyaga aylanishi xos bo'ladi;

2) pustulez bosqich yoki vezikulo-pustulez bosqichga, bunda giperemiya fonida ichi seroz yoki yiringli suyuqlik bilantolgan pufakchalar paydo bo'ladi.

3) eritematoz-gemorragik saramas.

4) flegmonoz-gangrenoz saramasga, agarda o'choqdan boshlab atrof to'qimalarda flegmona yoki ganrena kuzatilsa.

Muqaddam saramas bilan kasallangan joyni limfa tugunlarida apatogen streptokokk saqlanib qoladi, arzimagan jarohat ham shu streptokokni patogenga aylanishi uchun (qon va to'qima suyuqligi) kulay biologik sharoit yaratiladi, demak saramas qaytalanadi.

**Erizipeloid** – bu xirurgik infeksiyon kasallik bo'lib terini barcha qavatlari yallig'lanish bilan kechadi. Erizipeloid kasalligi adabiyotlarda «cho'chqa qizilchasi», «cho'chqa saramasi», «sudraluvchi eritema» deb ham nomlanadi. Bu kasallik asosan go'sht va baliq xo'jaligida go'sht maxsulotlari bilan ishlaydigan ishchilarda uchraydi.

## **7)Rasm- Erizipeloid**



**Klinik manzarasi.** Mahalliy o'choqda, ko'pincha uchraydigan joyi qo'l panjasini orqa sathida to'q-qizil og'riqli shish paydo bo'ladi, qattiq qichishish bezovta qiladi. Saramasdan farqli, erizipeloida tana harorati ko'tarilmaydi, umumiy simptomatikasi bo'lmaydi, 10-12 kundan sung bemor butkul tuzalib ketadi. Ammo xastalik qaytalanishi mumkin, hatto surunkali turiga o'tishi inkor qilinmaydi.

Davolash mahalliy konservativ: tinchlik, qo'lni immobilizatsiya qilish, dimeksid dori-vositasi bilan bog'lam kuyish maksadga muvoffik bulib xisoblanadi. Antibakterial terapiyadan: eritromisin 500 mg 2 marta kuniga buyuriladi.

**Limfangit** — limfa tomirlarini ikkilamchi yallig'lanishi bulib xisoblanadi, o'ziga xos jihati turli yallig'lanish kasalliklarini kechish jarayonini og'irlashtiradi. Qo'zg'atuvchilari (ko'pincha stafilokokk va streptokokk yoki ularni zaharli moddasi) limfatik kovaklardan limfatik tomirlarga o'tadi va limfangit kasalligini keltirib chiqaradi. YAllig'lanish jarayoni avval yuzaki limfatik tomirlarni qamrab oladi va o'tkir yuzaki limfangit deyiladi, ma'lum vaqt o'tgandan so'ng chuqur limfatik tomirlarga o'tadi, buni o'tkir chuqur limfangit deyiladi.

## **8)Rasm- Limfangit**



**Klinik manzarasi.** O'tkir yuzaki limfangitni klinik manzarasiga xos belgilarga yallig'langan limfatik tomir proeksiyasida qizil chiziq paydo bo'lishi kiradi. Bu qizil chiziqdar asta sekin qo'shib ketadi va kengroq qizil chiziqqa - giperemiyaga aylanadi va yallig'lanish o'choq'idan regional limfatik tugunlar (agar uchok kunda bolsa—qo'ltiq osti, agar o'choq oyoqda bo'lsa - chov soxasi) gacha boradi. Bemorni shu joyni terisida qichishish bezovta qiladi, qizil chiziq bo'ylab lovullash his qiladi, og'riq ham bezovta qilishi mumkin. Tana harorati  $39^{\circ}\text{S}$  gacha ko'tarilib sovuq qotib qaltiraydi. O'tkir chuqur limfangit klinik manzarasiga xos belgilarga, yallig'langan limfa tomirlar atrofida shish paydo bo'ladi, shish sohasi kuchli og'riydi, regional limfa tugunlari kattalashadi. Bemorni tana harorati  $39^{\circ}\text{S}$  gacha ko'tarilib sovuq qotib qaltiraydi.

Lohaslanib darmonsizlanadi. Chuqur limfatik tomirlar yuzasi bilan baravar yallig'lanishi mumkin yoki avval yuzaki keyin chuqur limfatik tomirlar yallig'lanadi. Limfangit abscess va flegmona bilan asoratlanishi mumkin. Yallig'lanish jarayoni limfatik tomirlardan limfavenoz anastomozlar orqali vena qon tomirlariga ham o'tishi (flebit, tromboflebit yuzaga kelishi) ehtimoldan holi emas.

Davolash. Limfangitni davolashda albatta eng avval birlamchi o'choqni davolashdan boshlash kerak. Limfatik tomirlarni yallig'lanishini davolashda quyidagi konservativ chora-tadbirlarni talab qiladi: tinchlik, isituvchi kompres, kasal oyoq, yoki qo'lning baland ko'tarib qo'yish antibiotiklar qo'llash zarur. Abscess va flegmona bilan asoratlanganda davolash operatsiya yo'li bilan «yiring ko'rsang

qo'linga skalpel ol» degan xirurgiya sohasini umumiy tartib-qoidasiga rioya qilgan holda olib boriladi.

**Limfadenit** — bu limfa tugunlarini yiringli yallig'lanishi bo'lib, turli yiringli yallig'lanish kasalliklarni asorati sanaladi. Bundan tashqari spesifik xirurgik infeksiyon kasalliklar (sil, zaxm, aktinomikoz) ham limfadenit bilan asoratlanishi mumkin. SHunday qilib limfadenit har doim ikkilamchi yallig'lanish jarayoni hisoblanadi.

### 9)Rasm- Limfadenit



**Klinik manzarasi.** Limfa tugunlarini yallig'lanishi seroz va yiringli bo'ladi. Bunda shish va limfa tugunlarini nekrotik-yiringli emirilish kuzatiladi. Limfa tugunlari shishib kattalashadi va paypaslaganda og'riqli bo'ladi. Limfa tugunlarni tobora rivojlanayotgan yallig'lanish jarayoni yon to'qimalarga o'tadi va preadenit rivojlanadi. Limfa tugunlar yog' to'qimalari va teri bilan chandiqlar bilan yopishadi. O'tkir yiringli yallig'lanish yuzaga chiqqanda limfa tugunlari nekrozga uchraydi va keyinchalik adenoflegmona bilan asoratlanadi. Yallig'langan limfa tugunlari ustidagi terisi giperemiyaga uchrab shishadi. Intoksikatsiya ni umumiy belgilari juda yaqqol bulmaydi, chunki limfa yo'llari tezda yopilib qolibzaharlarni tarqalishini to'xtatib qo'yadi. Streptokokk qo'zg'agan limfadenitlarda ko'pincha limfa tugunlarini nekrozi sodir bo'ladi. Mana shu davrda organizmning umumiy zaharlanish belgilari yaqqol namoyon bo'ladi.

**Davolash.** Limfadenitni davolash yallig'lanish turiga asoslangan bo'ladi. Engil seroz yallig'lanish turida yotoq holat, maxalliy issiq qullash, antibiotikoterapiya buyuriladi. Yiringli limfadenitda albatta operativ davolash



tavsiya qilinadi – yiringli bo'shliq kesib ochiladi, yiring evakuasiya qilingandan so'ng yiringli bo'shliq sanatsiya qilinib, qisman nekroektomiya qilinadi va drenajlanadi. Operatsiyani ertangi davrida antibiotikoterapiya olib boriladi. Limfadenitni to'g'ri va savodli davolashda eng avvalo birlamchi o'choqni bartaraf qilish zarur.

**Adenoflegmona** – bu limfa tugunlarini yiringli yallig'lanishi va atrof to'qimalarga tarqaladigan yiringli jarayon bo'lib hisoblanadi.

#### **10)Rasm- Adenoflegmona**



**Klinik manzarasi** adenoflegmonaning dastlabki bosqichda shish qattiq elastik konsistensiyali, ayrim hollarda g'adir-budir va uni har yonga siljitsa bo'ladi. Avvaliga yiringli o'choqni chuqur, mushak ostida joylashgani sababli, uni ustidagi terisi o'zgarishsiz qoladi, rangi odatdagiday tusda. YUzaki joylashgan adenoflegmonada yallig'lanishni mahalliy belgilardan chegaralangan giperemiya, og'riqli shish bo'ladi. CHuqur adenoflegmonada: kasallik avjiga olib boshlanadi, yallig'langan joyda diffuz shish bo'ladi, keskin og'riqli, og'riq harakat qilganda kuchayadi. Yiringli o'choq katta hajmda bo'lib u teriga yaqin joylashgan bo'lsa flyuktuasiya simptomi yaqqol aniqlanadi.

**Davolash** chora-tadbirlari boshlangan zahoti o'tkir yiringli infeksiya bilan kurashishni zamonaviy usullaridan foydalaniladi. Eng avval bemorga umumiy va mahalliy tinchlik sharoit yaratiladi, buning uchun bemor statsionarga yotqiziladi. Vena tomiri ichiga va mushak orasiga antibiotiklar kullaniladi. Mahalliy gipotermiya faqat yallig'lanishni infiltrativ bosqichida qo'llanilsa maqsadga muvofiq bo'ladi. Adenoflegmonani ertangi davrida (seroz va shish davrida)

proteolitik fermentlar bilan diadinamoforez qo'llash mumkin. Seroz bosqichdan yiringli bosqichga o'tganda operatsiya qilish kerak. Davolash chora-tadbirlariga samarali bulsa quyidagi klinik belgilar namoyon bo'ladi: tana harorati mey'ergacha tushadi, o'choqda shish va og'riq kamayadi, bemor umumiy ahvoli yaxshilanadi. Bu klinik simptomatikalar teskari yunalishda uzgarsa kasallik avjlanayotganligidan dalolat beradi.

**Mastit**— sut bezini parenximasini va interstisial sohasini yallig'lanishi. Sut bezi to'qimasiga infeksiya kirishini ikki yo'li bor: laktogen - ya'ni so'rg'ich orqali sut yo'llari buylab; limfogen - limfatik tomirlar orqali teri yuzasi va areoladan. Kamdan-kam hollarda gematogen, ya'ni qon tomirlari orqali infeksiya kelishi mumkin. Kasallik ko'pincha emizishni birinchi haftasida rivojlanadi. Infeksiyani qo'zg'atuvchisi 80% tilla rang stafilokokk hisoblanadi. Sut beziga infeksiya kirish yo'llari bo'lishi mumkin: so'rg'ich raxnasi, areola terisini shilinishi, teri piodermiyasi, tiralishlar hisobiga, terida tiralish va qashish izlari. Emizish davrida sut bezidan sutni to'liq chiqmay qolib dimikib kolishi (laktostaz) infeksiyani rivojlanish uchun eng qulay biologik sharoit bulib xisoblanadi.

### 11)Rasm-Mastit



**Mastit klinik manzarasi.**O'tkir laktatsion mastitni kechish buyicha ikkita turi tafovut qilinadi: serozli va yiringli. O'tkir seroz laktatsion mastit kelib chiqishi sutni dimlanishi bilan bog'liq bo'lib sut bezini segmentlarini shishishiga olib keladi. Infeksiyani qo'shilishi sut bezida og'riqli shishlarni keltirib chiqaradi,

shishlar sut bezini kichikroq va kattaroq sohalarini qamrab olishi mumkin. Tana harorati birdaniga 38-39°S gacha ko'tariladi. Yallig'lanish jarayonini tarqalishi natijasida infiltrat sohasidagi terisi giperemiyaga uchraydi. Bemorni umumiy ahvoli og'irlashadi. Holsizlik, darmonsizlik, qaltirash, uyqusizlik, ayrim hollarda regionar limfa tugunlarini kattalashishi kuzatiladi. O'tkir yiringli laktatsion mastitni quyidagi turlari tafovut qilinadi: subareolyar abstsess, bezni to'qimasida — interstisial va parenximatoz abstsess; premammar (teri ostida) abstsess; retromammar mastit. Interstisial mastitda ko'p sonli, ko'pincha boshqalaridan ajralib turadigan sut bezini bezlararo biriktiruvchi to'qimasida yiringli jarayon paydo bo'ladi. Parenximatoz mastitga xos belgilardan, bez to'qimasini yiringli emirilishi natijasida yiringli bo'shliq paydo bo'ladi. Retromammar mastitda yiring sut bezini orqasida joylashib, sut bezini ko'krakni katta mushagi fassiyasi bilan ajratib qo'yadi. Ayrim hollarda sut bezini terisini kichik-kichik sohalarida yuza joylashgan yiringli bo'shliqchalar paydo bo'ladi, bunda yiring teri osti yog' qavatida joylashgan bo'lib sut bezi parenximasiga tarqamaydi — ya'ni, premammar va subareolyar abstsesslar xosil kiladi. Yiringli mastitni diagnostikasida bezda chegaralangan shish, usti terisi qizargan va shish sohasida aniq flyuktuasiya simptomi aniqlanadi. Bemorni umumi ahvoli yiringli mastitda og'ir. Bemorni sut bezida kuchli og'riq, tana haroratini 39-40°S gacha ko'tarilishi, intoksikatsiya belgilari yaqqollashadi.

**Mastitni davolash.** Mastitni seroz turini davolashda uni infiltrativ bosqichini davolashda qo'llaniladigan tartiblarga asoslangan – ya'ni konservativ usul bilan davolanadi. Eng asosiy shart ravishda amalga oshiriladigan tadbir, bu albatta sut bezi sutini so'rg'ichlar yordamida so'rib sutdan bo'shatishdir. Sut bezini isituvchi muolajalar, isituvchi kompresslar, Vishnevskiy usulida moyli-balzamli bog'lam qo'yish, fizioterapevtik muolajalar qo'llash mumkin.

Agarda infiltratni so'rilishi cho'zilsa, retromammar sohaga 200 ml xajmda 0,25% li novokain yuboriladi. Tana harorati yuqori pasaymasa keng doirali antibiotiklar buyuriladi. Mahalliy gipotermiya tavsiya etilmaydi, chunki sut bezida so'rilmaydigan infiltratlar paydo bulishi mumkin, bu esa sut bezini faoliyatini buzadi.

Mastitni seroz bosqichida o'z vaqtida to'g'ri konservativ davolash boshlansa

albatta yallig'lanish jarayoni to'xtaydi, lekin ayrim hollarda to'g'ri konservativ davolash boshlansa ham seroz bosqichi yiringli bosqichga o'tib ketishi ehtimoldan xoli emas. Yiringli mastitni davolashni eng asosiy negizi, bu albatta o'z vaqtida, kech qolmasdan umumiy nakroz bilan operatsiya qilish.

Sut bezi tomirlari va yo'llariga jarohat etkazmasdan shish ustidan kerakli uzunlikda radiar kesmasi bilan yiringli bo'shliq teri kesib ochiladi. Yiring evakuasiya qilingandan so'ng xirurg barmog'i bilan biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan cho'ntaklarni yirtib bitta yaxlit yiringli bo'shliqqa aylantiradi. Yaxlitlangan yiringdan tozalangan bo'shliqni 3% vodorod peroksid bilan yuviladi va spirt bilan ishlov berilgandan so'ng bo'shliqqa giperosmolyar xususiyatli antiseptik eritmalardan, masalan Levomekol malxamiga shimdirilgan tampon qoldiriladi. Agar operatsiyadan keyin yiring to'planmasa (tana harorati tushadi, og'riq kamayadi, bemorni umumiy ahvoli yaxshiladi) yiringdan tozalangan bo'shliqqa qo'yilgan tampon 2 kunda almashtiriladi. Bu vaqtni ichida yiringdan tozalangan bo'shliq ichida va operasion jaroxat chetlarida granulyasion to'qima paydo bo'la boshlaydi. Operatsiyadan keyingi davrda 4-5 kun ichida bemorni tana harorati tushmasa, og'riqlar hamon bezovta qilsa yiringli bo'shliq takroran tozalanadi, kerak bo'lganda nekroektomiya qilinadi. Yiringli mastitni ochishda areolani shikastlamalik uchun undan 2 sm uzoqliqda kesma qilinadi. Subareolyar va retromammar absstesni o'ziga xos xususiyatlari bor.

Laktatsion mastitni profilaktikasida eng asosiy chora, bu: emizishdan oldin onani o'zi so'rg'ichni maxsus tayyorlash zarur, bunda vrach ko'rsatmasiga amal qilgan holda, gigienik, fizioterapevtik va antiseptik usullardan qo'llaniladi. Bu borada emizikli ayollar uchun kitobchalar (eslatma) tarqatiladi.

**Paraproktit** - bu to'g'ri ichakni atrof yog to'qimasini yiringli yallig'lanish kasalligi. Paraproktitni ko'pincha ichak tayoqchasi, oxirigi yillar ma'lumoti buyicha aralash floriali mikroorganizmlar chaqiradi. Mikroorganizmlar to'g'ri ichak atrof to'qimasiga to'g'ri ichakni shilliq qavatini shikastlanishlari orqali kiradi, orqa chiqaruv teshik shilliq qavati darz ketgan jarohatidan xam kirishi mumkin. Ammo yiringli paraproktitni kelib chikish sabablaridan birinchi o'rinda tugri ichakning anal bezlarini yiringli yallig'lanishi bulib hisoblanadi. Kamdan-kam hollarda paraproktitni keltiradigan omil anal atrofi terisini yiringli yallig'lanishi

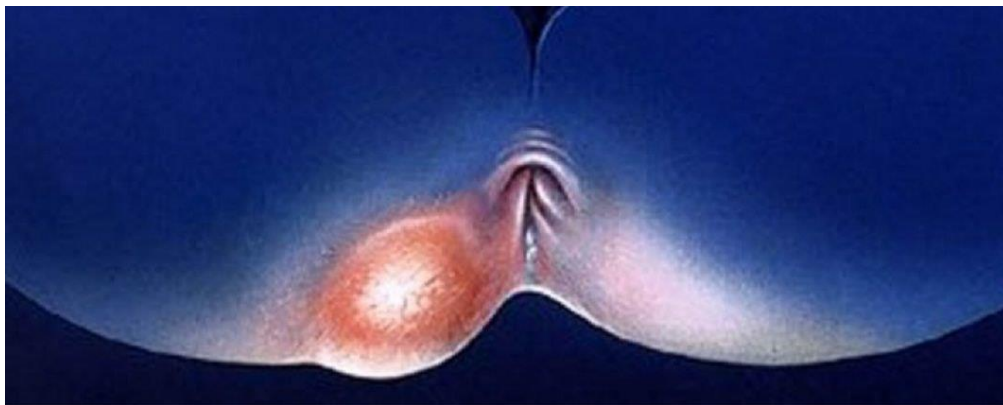
(furunkullar, infeksiyalangan jarohatlar) misol bo'la oladi. Bundan tashqari tos suyaklarini o'tkir yiringli kasalliklari yoki erkaklarda prostata bezini yiringli yallig'lanishi xam sabab bo'lishi mumkin. Pararektal to'qimani yiringli yallig'lanishi ikki turga bo'linadi: diffuz (flegmonoz) va chegaralangan (absseqlangan). Birinchisi ko'pincha tos sohasini keng ko'lamdagi shikastlanishlarida, ya'ni suyaklarni ochiq sinishi va chotni yumshoq to'qimalarini kattaroq jaroxatlari hamroh bo'ladi. Pararektal soha eg to'qimasi flegmonasi tezda diffuz tarqaladi va pararektal soxadan tashqariga tarqalishi mumkin. Bunda chot, yorg'oq, son hamda qorin bo'shlig'i va qorin parda orqa tomoniga o'tib ketishi ehtimoldan xoli emas. Chegaralangan paraproktitlar - pararektal yumshoq to'qimasi absessi, odatda pararektal sohani uch joyida makon topadi: anus sohasini teri osti yog' qavatida - teri osti paraproktit, ishiorektal sohada - ishiorektal paraproktit va pelviorektal sohada - pelviorektal paraproktit.

Yallig'lanish jarayoni residivlanib surunkali paraproktitga aylanadi. Chuqur nekrotik o'choqlar sodir bo'lganda oqma yaralar paydo bo'lishi mumkin. Bu oqma yara ichak bo'shlig'i bilan tutashgan bo'ladi shuning uchun operativ davolash talab qilinadi.

Paraproktit odatda to'g'ri ichak atrof to'qimalarini mahalliy yiringli jarayoni bilan izohlanadi.

Teri osti paraproktitda yallig'lanish jarayon anal teshigi atrofida terisi qizargan og'riqli infiltrat paydo bo'lishi bilan izohlanadi. Infiltrat usti terisi qizargan, bemorni anal sohasida kuchli og'riq bezovta qiladi. Mahalliy klinik belgilar umumiy intoksikatsiya bilan kechadi. Bemorda tana harorati  $38^{\circ}$ - $39^{\circ}$ S gacha ko'tariladi. Yallig'lanish jarayon tobora rivojlanib paraanal soxada absseqlar paydo bo'ladi.

### **11)Rasm - Teri osti paraproktit**



Ishiorektal paraproktit. Bunda bemor dumbani chuqurroq sohasida va chot sohasida simillaydigan og'riq va tortishishga shikoyat qiladi. Tana harorati  $40^{\circ}\text{S}$  gradusgacha ko'tariladi, ko'pincha sovuq qotib qaltirash bilan kechadi. Holsizlik kuzatiladi, ishtahasi yo'qoladi, uyquasi buziladi. Bemor najas chiqarish paytida orqa chiqaruv teshik sohada va chot sohasida kuchli og'riq sezadi. Kasallikni boshlanishida mahalliy belgilar yallig'lanish o'chog'i tomonda dumbada shish paydo bo'ladi. Bu shishni paypaslaganda chuqurroqda og'riq sezadi. To'g'ri ichakni barmoq bilan (perrectum)ko'rilganda yallig'langan to'g'ri ichak devorida og'riqli qattiq elastik konsistensiyali shish aniqlanadi. Agarda yiringli bo'shliq ishiorektal chuqurchani hammasini egallagan bo'lsa, unda shish to'g'ri ichak ichiga bo'rtib chiqadi.

Pelviorektal paraproktit. Pelviorektal paraproktit, paraproktitlar ichida eng og'ir kechadigan va diagnoz qo'yishda qiyinroq paraproktit turiga kiradi. Klinik manzarasi jihatdan ko'proq ishiorektal paraproktit turiga o'xshab ketadi. Bemorlar anal sohasidagi doimiy bosimga shikoyat qiladi. Og'riq siydik qopiga irradiasiyalanadi, dizuritik o'zgarishlar kuzatiladi. Patologik o'choqni joylashish o'ziga xosligi shundagi, uni tashqi klinik belgilari umuman aniqlanmaydi. Ayrim hollarda patologik o'choq to'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirganda (perrectum) aniqlash mumkin. Ko'pincha pelviorektal paraproktitni klinik belgilaridan biri, yorg'oq flegmonasi misol bo'ladi.

O'tkir paraproktitni davolash urgent xirurgiyada qilinadi. Davolash albatta kompleks olib boriladi. Kasallikni ertangi davrida konservativ davolash (issiq qilish, issiq romashkali mikroklizma, fizioterapevtik muolaja, antibiotiklar). Konservativ davolashni o'ziga xosligi patologik o'choqni xususiyatiga qarab o'zgarishi, hamda infeksiya virulenligi bilan turiga qarab har xil yo'nalishda olib

boriladi. Yallig'lanish jarayonni rivojlanib abstsesslanish kuzatilsa faqat operativ davolash ko'rsatma bo'ladi. Operatsiyadan maqsad yiringli bo'shliqni kesib ochish va drenajlashdan iborat.

**Yiringli parotit** — bu quloq oldi bezni yiringli yallig'lanishi. Yiringli parotit kelib chiqishiga sabab, og'iz bo'shlig'idan so'lak naychasi orqali quloq oldi beziga infeksiya kirib kolishi bo'ladi. Kasallikni qo'zg'atuvchisi stafilokokk va streptokokk hisoblanadi. Ko'pincha yiringli parotitga sabab, bemorlarni operatsiyadan keyingi davrda og'iz bo'shlig'ini gigienik tozalash qilinmaslikdan kelib chiqadi, ayniqsa bemorga suyuqlik istemol qilish ta'qiqlangan paytlarga to'g'ri keladi. O'tkir parotitni uch xir turi tafovut qilinadi: kataral (infiltrativ), yiringli va gangrenoz turlari. Parotitni yiringli turi nisbatan ko'proq uchraydi.

## 12)Rasm - O'tkir parotit



**Klinik manzarasi.** O'tkir parotitni mahalliy belgilari quloq oldi bez sohasida qatiqroq infiltrat va og'riq bezovta qiladi, og'riq ayniqsa chaynash paytida kuchayadi. Bez usti terisi qizaradi va shishadi. Quloq oldi bezi qattiq fassial kapsulada joylashgani sababli, yiring to'plansa ham flyuktuasiya simptomi aniqlanmaydi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati asosan lunj sohalarda shishgan bo'ladi, so'lak chiqadigan nay teshik atrofi qizaradi. Kasallik boshlanishini 3-4-chi kunida quloq oldi bezi kanalidan yiring ajrala boshlaydi. Kamdan-kam hollarda trizm kuzatiladi.

Seroz turdagi parotitda konservativ davolashni o'zidayoq tuzalib ketadi. Konsekrvativ davolashda qilinadigan chora-tadbirlar:

1.Keng doirali ta'sir etuvchi antibiotiklardan (yarimsintetik penisillin,

sefalosporin, aminoglikozidlar), qo'llaniladi.

2. Isituvchi va fizioterapevtik muolajalar (isituvchi kompreslar, UVCH-terapiya, sollyuks va boshqalar.). Agarda konservativ davolash kechiktirmasdan ertaroq boshlangan bo'lsa, unda yallig'lanish jarayoni butkul tuzaladi. Barcha to'g'ri qilingan konservativ davolash chora-tadbirlari qilinishiga qaramay yiringli parotit rivojlansa, unda albatta operativ davolash talab qilinadi, operatsiyani maqsadi yiringli bo'shliqni kesib ochib yiringni oqib turishiga sharoit yaratiladi. Yiringli jarayon paydo bo'lishi bilanoq operativ davolash boshlanishi shart.

**Yiringli parotitni davolash.** Operatsiya qilganda yiringli bo'shliq ochiladi, va uni drenajlash kerak bo'ladi, drenaj orqali bo'shliq antiseptiklar bilan yuviladi va drenaj orqali yiringli bo'shliqqa antibiotiklar yuborib turiladi. Operatsiya umumiy og'riqsizlantirish ostida o'tkaziladi. Odatda quloq oldi bezi absessi pastki jag'ni burchagini orqasidan jag' suyagiga parallel ravishda teri kesmasi qilinadi va bezni pastki sohasida kichikroq teshik qyokinadi, shu teshikga uchi to'mtoq Bilrot qisqichi kirgizilib kengaytirib yiring bo'shliq o'tmas yo'l bilan ochib yiring chiqishiga sharoit yaratiladi.. Parotitni kataral va yiring turida yallig'lanish so'ngandan so'ng, bezni faoliyati to'liq tiklanadi.

Parotitda mumkin bulgan quyidagi asoratlari :

1. Kuloq oldi bezi parenximasida joylashgan tomirlardan (uyqu arteriyasidan qon ketish) xayot uchun xavfli bo'lgan arroviv o'tkir qon ketish ;

2. Xalqum oldi sohada flegmona rivojlanishi, buni sababi bez bilan shu sohani anatomik bog'liqligi va limfatik tomirlarni o'ziga xosligi; hamda bo'yinturuq venasi va sinus kavernoza sohalarini trombozlari bilan asoratlanib meningit rivojlanishiga sharoit yaratadi.

3. Bo'yin venalari bo'ylab chuqur flegmonalar sodir bo'lib, mediastinit bilan asoratlanishi misol bo'la oladi.

**Profilaktikasi.** Parotitni oldini olish uchun og'iz bo'shlig'ini gigienik sanatsiya qilish juda katta ahamiyatga ega va og'ir bemorlarni gipovolemiyasi kelib chiqishi bilan kurashish, hamda so'lak ajralishini oshirish uchun nordon mevalar (masalan limon) shimdirish kabi chora-tadbirlar ijobiy natija beradi.



## AMALIY QISM.

### SAVOLLAR

- 1) Furunkuloz, Etiopatogenez. Klinik ko`rinishi. Davolash.
- 2) Karbunkul. Etiopatogenez. Klinik ko`rinishi. Davolash.
- 3) Gidradenit. Etiopatogenez. Klinik ko`rinishi. Davolash.
- 4) Flegmona. Etiopatogenez. Klinik ko`rinishi. Davolash.
- 5) Adenoflegmona. Etiopatogenez. Klinik ko`rinishi. Davolash.

### VAZIYATLI MASALALAR.

1) Bemor klinikaga o'ng qo'lining ikkinchi barmog'ida og'riq, isitma  $39^{\circ}$  S gacha, sovqotish shikoyatlari bilan keldi. Ikki hafta oldin barmog'iga sim bilan sanchilgan. Oxirgi ikki kunda ahvoli yomonlashdi. Barmog'dagi og'riq tufayli kechasi uxlamay olmagan. Tekshiruvda: barmoq giperemiyasi, barmoqning distal falaga bo'lgim sohasida zichlashgan shish, shu sohada barmoqni paypaslaganda keskin og'riqli. Og'riq tufayli barmoqlarning faol harakatlari cheklangan.

Savollar:

1. Tashxisni aniqlashtirish uchun qanday instrumental tadqiqotlar o'tkazish kerak?
2. Bu holatda qanday davolash usulini qo'llash kerak?
3. Bu holda qanday og`riqsizlantirish usuli kerak?
4. Yiringli yaralarni davolash uchun qanday antiseptiklar guruhleri ko'rsatiladi?
5. Adekvat antibiotik terapiyasini tayinlash uchun qanday tadqiqotlar o'tkaziladi?

2) Bemor klinikaga 3 barmog'ining tirnoq falangasi hududida pulsatsiyalanuvchi og'riqlar, tana haroratining 38,0C gacha ko'tarilishi shikoyatlari bilan keldi. Anamnizidan Besh kun oldin barmog'iga baliq suyagi bi sanchib olgan. Shu kundan tirnoq falangasining giperemiyasi va shish paydo bo'lgan, og'riq oxirgi 1,5 kun ichida doimiy bo'lib qolgan. Tekshiruvda: kaft yuzasi bo'ylab tirnoq falangasi sohasida kuchli og'riq joyi aniqlanadi. Shu sohada giperimiya.

Savollar:

1. Tashxis qo'ying.
2. Sizing davolash strategiyangiz qanday?
3. Barmoqlarning yiringli kasalliklarida anesteziya qilish texnikasi.
4. Barmoqlardagi kesmalarning xususiyatlari.
5. Bu holatda qanday umumiy davo tayinlanishi kerak?

3) Bemor kasallik boshlanganidan 10 kun o'tgach, chap qo'lning 2 barmog'idagi og'riqlar, tana haroratining 38,50C gacha ko'tarilishi shikoyatlari bilan jarrohga murojaat qilgan. Tekshiruvda barmoq hajmi kattalashgan, shishgan, notekis shaklga ega, unda harakatlar yo'q. Ko'p oqmalar bor, ular orqali yiring, suyak sekvestrlari, o'lik pay bo'laklari ajraladiladi. Barmoq terisi qora dog'lar bilan qoplangan.

Savollar:

1. Tashxis qo'ying.
2. Tashxisni tasdiqlash uchun qanday instrumental va laboratoriya tadqiqotlari zarur?
3. Bu holatda qanday asosiy davolash usulini qo'llash mumkin?
4. Bu holatda anesteziyaning qanday turini tanlash kerak?
5. Ratsional antibakterialning asosiy tamoyillarini ko'rsating

4) Bemor bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, o'ng qo'l sohasidagi og'riqqa va o'ng qo'l va bilakning shishiga, tana haroratining ko'tarilishiga shikoyatlari bilan jarrohlik bo'limiga yotqizildi. Anamnezidan bir hafta oldin o'ng qo'lning 1 barmog'ining kaft yuzasini sohasida metall bilan kesib olgan va yuqoriagi shikoyatlar paydo bo'lgan. Kaftdan shish bilakning butun distal qismiga, gipotenor sohasiga va kaftga tarqaladi. Tekshiruvda o'ng qo'lning o'tkir shishishi va giperemiyasi aniqlanadi: 1 va 5 barmoqlari bukilgan holatda.

Savollar:

1. Tashxis qo'ying.
2. Davolash taktikasi.
3. Qo'l flegmonasining tasnifi.
4. Bunda antibiotiklarni yuborishning qanday usuli qo'llanilishi mumkin
5. Bu holatda qanday fizioterapiya qo'llanilishi mumkin?

5) 36 yoshli bemor K. So'zidan dala hovlisida ihlab turib chap qo'lning 2-barmogi tirnoq falangasining kaft yuzasiga o'simlik tikonini kirgizib oldi. Ikki kundan keyin barmog'imdagi kuchli og'riqlar bezovta qila boshladi. Bir kun oldin, jarroh bilan bog'lanishdan oldin, qattiq og'riq tufayli kechasi uxlamadim. Locakis chap qo'l sohasida mahalliy tana haroratni ko'tarilishi, chap qo'lning ikkinchi barmog'ining tirnoq falangasi giperemiyasi, palpatsiya paytida keskin og'riqli. Chap qo'lning 2-barmog'ining distal interfalangial bo'g'imida shish va qattiq og'riq tufayli bukishni chegaralanishini aniqladi.

Savollar:

1. Sizning tashxisingiz qanday?
2. Sizning davolash usullingiz qanday?
3. Qo'lning yiringli kasalliklarida anezteziya qilish texnikasi?
4. Barmoqlarda kesmani o'tkazish xususiyatlari?
5. Bu holatda qanday dori –darmonlar buyurish kerak?

6) Bemor 32 yoshda, o'ng qo'lning osti qismida terlash va terining tirnalishi natijasida og'riqli shish paydo bo'lib, tana harorati 37,7 darajaga ko'tarilgan. Ikki kundan keyin shifokorga murojat qilgan. O'ng qo'lning osti sohasida zichlashgan, teriga yopishgan, o'rtacha harakatchan biroz giperemiyali bo'lgan 2x15 sm uzunlikdagi bir nechta zich, og'riqli hosila mavjud. Fluktuasiya aniqlanmaydi.

Savollar:

1. Sizning tashxisingiz qanday?

2. Infektsiya yuqish yo'llari ?

3. Differentsial diagnostika?

4. Davolash usulli?

5. Operatsiyaga ko'rsatma?

7) ) 54 yoshli bemor kasallikning 7- kunidan keyin o'ng dumba sohasida shish va og'riq, tana haroratining 38,2 gradusgacha ko'tarilishi shikoyatlari bilan qabul qilingan. Anamnizidan bir hafta oldin qon bosimini tushurish maqsadida mushak ichiga qon bosimini tushuruvchi preparat qabul qilgan. Ikki kundan so'ng, o'ng dumba qismida og'riqli shish paydo bo'lgan. Og'riq kuchayib, tana harorati 38,2 darajaga ko'tarilgan, shuning uchun u kasalxonaga murojat qilgan. Umumiy holati o'rtacha og'irlikda . PS -1 daqiqada 100 ta zarba. AQ 160 va 100 mm. sim.ust Status localis: O'ng dumba yuqori-tashqi kvadranti hududida zich, keskin og'riqli 10x14 sm infiltrat aniqlanadi . Teri giperemiyasi, mahalliy gipertermiya mavjud. Fluktuasiya aniqlanadi.

Savollar:

1. Sizning tashxisingiz qanday?

2. Patologiyaning eng keng tarqalgan qo'zg'atuvchisi?

3. Asosiy tashxisni tasdiqlash uchun qanday qo'shimcha tadqiqot usullaridan foydalanish mumkin?

4. Davolash usulli qanday?

8) Bemor A., 35 yoshda. Anamnezidan -qattiq poyabzal tufayli o'ng panja 1- barmog'ida infeksiyalangan qadog` paydo bo'ldi. U qadog`langan sohaga bakteritsidli plaster bog`lagan. 3 kundan so'ng, o'ng chov sohasida og'riqli hosila paydo bo'ldi, o'lchami 1,0x1,5 sm, o'rtacha harakatchan, ularning ustidagi teri o'zgarmaydi . Bir hafta o'tgach, o'ng chov sohasida chegarasiz zich og'riqli infiltrat paydo bo'ldi, teri giperimiyalashgan. Fluktuasiya aniqlanmaydi . Tana harorati - 38,5 darajagacha ko`tarilgan.

## JAVOBLAR

Muammo 1

1. O'ng qo'lning 2 barmog'ining rentgenogrammasi. Rasmda distal interfalangal bo'g'imning bo'g'im yuzalarining yo'q qilinishi ko'rsatilgan.

2. Jarrohlik davolash - bo'g'imning ochilishi, antiseptiklar bilan davolash, bo'g'im bo'shlig'ining drenajlanishi.
3. Oberst-Lukashevichga ko'ra mahalliy anesteziya.
4. Oksidantlar, galogenlar guruhining antiseptiklari.
5. Antibiotiklarga sezuvchanlik uchun yara tarkibining mikroflorasini o'rganish.

#### Muammo 2

1. Chap qo'lning 3 barmog'i teri osti panaritsiysi.
2. Panaritsini ochish, yarani antiseptiklar bilan davolash, yarani drenajlash ko'rsatilgan.
3. Oberst Lukashevichning usulli bo'yicha, 2% novokain 2 ml eritmasi bilan 3 barmog'ining lokal anesteziya qo'llaniladi, bu barmoq tagining lateral yuzalari bo'ylab qilinadi.
4. Barmoq ustidagi kesmalar barmoqning anatomik tuzilishini va tiklanish vaqtida barmoqning funktsiyalarining saqlanishini hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak.
5. Mikroflora, sulfa preparatlari, vitaminlar sezuvchanligini hisobga olgan holda antibiotiklarni buyurish kerak.

#### 3 -muammo

1. Chap qo'lning 2 barmog'i Pandaktiliti.
2. 2 barmoqning rentgenogrammasi, umumiy qon tekshiruvi, intoksikatsiya darajasini aniqlash uchun umumiy siydik tahlili.
3. Shoshilinch operatsiya - barmoqlarni kesish.
4. Umumiy anesteziya - tomir ichiga yoki niqobli anesteziya
5. Mikroflora, sulfa preparatlari, vitaminlar sezuvchanligini hisobga olgan holda antibiotiklarni buyurish kerak.

#### Muammo 4

1. O'ng qo'lning V shaklidagi flegmonasi.
2. Qo'lda va bilakda palma yuzasi bo'ylab bir nechta kesmalar bilan (tenor va gipotenor sohalarda) flegmonani ochish, antiseptik va hidrofil malhamli doka turundalari bilan yaralarni sanitariya va drenajlash.

##### 3.1) Flegmon tenor

- 2) flegmonali gipotenor
- 3) O'rta palma bo'shlig'ining flegmonasi (supra va subgaponevrotik)
- 4) komissar flegmonasi
- 5) V shaklidagi Pirogovskaya flegmonasi
- 6) Qo'lning orqa qismi flegmonasi (supra- va subgaponevrotik).
4. Antibiotiklarni jgut ostida oqilona tomir ichiga yuborish.
5. UHF, NUJ, lazer terapiyasi.

#### Muammo 5

1. Chap qo'lning 2 -barmog'ining teri osti panaritiyasi.
2. Qisman jarrohlik ishlov (ochish va drenajlash).
3. Oberst-Lukashevich bo'yicha 2-barmog'ining lokal anesteziya qo'llash 0,5% novokain eritmasi bilan ko'rsatiladi, u barmoq tagining lateral yuzalari bo'ylab qilinadi.
4. Barmoqlardagi kesmalar tiklanish vaqtida ularning anatomik tuzilishini va funktsiyalarining saqlanishini hisobga olgan holda amalga oshirilishi kerak.
5. Antibiotiklar, mikrofloraning sezgiriligini, sulfanidamid preparatlarini, vitaminlarni hisobga olgan holda.

#### Muammo 6

1. O'ng qo'ltiq osti gidradeniti.
2. Infeksiya ko'pincha ter bezlarining ekskretor kanallari orqali o'tadi.
3. Differentsial tashxis - karbunkul, limfadenit, aktinomikoz, limfa tugunlarining sil kasalligi, limfa tugunlarida saraton metastazlari, limfogranulomatoz, limfotsitik leykemiya .
4. Qo'ltiq ostidagi tuklarni olish, terini antiseptiklar bilan ishlov berish, yuqori qo'llar uchun bandaj, mahalliy ravishda - fizioterapiya, Antibakterial terapiya.
5. Jarrohlik davolash uchun ko'rsatma - yiringli gidradenit – fluktuasiya bo'lganda yoki yallig'lanish jarayoni teri osti to'qimasiga o'tganda.

#### Muammo7

1. In'ektsiyadan keyin o'ng dumba xo'ppozi.
2. Staphylococcus aureus.

3. UTT, infiltrate punksiyasi.

4. Faqat operativ yo'l bilan amalga oshiriladi. Zararlangan bo'shliqni ochish, yiringlangan bo'shliqni tozalash va drenajlash, antibakterial .

Muammo-8

1. O'ng chov sohasi adenoflegmonasi.

2. Yiringli infeksiya uchun kirish eshigi - infeksiyalangan oyoq ishqalanishi. Bundan tashqari, infeksiya limfa tomirlari orqali inguinal limfadenit rivojlanishi bilan inguinal limfa tugunlariga ko'chib o'tadi. Bemorga davolanmaganligi tufayli limfa tugunlaridan yallig'lanish adenoflegmonaning rivojlanishi bilan teri osti to'qimalariga o'tdi.

3. Gidradenit, chanoq xo'ppozi, karbunkul, bo'g'im suyagi churrasi, turli etiologiyaga xos spesifik limfadenit.

4. Mahalliy davolash - flegmonani ochish va drenajlash, , birlamchi o'chog'ini davolash. Bog'lamlarni almashtirish, antiseptiklar bilan yuvish, levomekol malhamini surish, fizioterapiya.

5. Umumiy davolash: antibiotikli terapiya, immunoterapiya.

### **Testlar.**

1. Gidradenitning qo'zg'atuvchisi ko'pincha:

A. Streptokokk. B. Protey. C. Staphylococcus aureus.

D. Pseudomonas aeruginosa. E. Escherichia coli.

2. Gidradenit mavjud bo'lganda, yuqorida aytilganlarning barchasini qo'llang, bundan mustasno:

A. Antibiotiklar.

B. Zararlangan hududdagi terini 2% borik spirti bilan davolash.

C. Rentgen terapiyasi.

D. Gemotransfuziya.

E. Immunoterapiya.

3. O'tkir mastitning dastlabki seroz bosqichida qo'llanilmaydi:

A. Bo'lim.

B. Sutning turg'unligini oldini olish.

C. Antibiotik terapiyasi.

D. Ultratovush terapiyasi.

E. Retromammary penitsillin-novokain blokadası.

4. Paraproktitning etiologiyasi infeksiyaning kirib borishi bilan tavsiflanadi

pararektal to'qimalarga yuqoridagi barcha usullar bilan kiritiladi, bundan mustasno:

A. Anusdagi yoriqlar.

B. Gemorroynıng yallig'lanishi.

C. Uy xo'jaligi yo'li.

D. To'g'ri ichak shilliq qavatining shikastlanishi.

E. Anusni tirnash.

5. Gluteal-rektal xo'ppozlar uchun yuqorida aytilganlarning barchasi xarakterlidir

boshqa alomatlar:

A. Pulsatsiyalanuvchi og'riq.

B. Yuqori harorat.

C. To'g'ri ichakdan qonli oqmalar.

D. Chills.

E. Perineumda terining shishishi va giperemiyasi.

6. O'tkir yiringli paraproktitda yuqoridagilarning barchasi ko'rsatilgan.

dan tashqari:

A. Suyuq ovqatlanish.

B. Ko'knorining damlamasi.

C. Antibiotik terapiyasi.

D. Salitsil kislotasi kristallarining mahalliy qo'llanilishi.

E. Xo'ppozni ochish.

7. To'rli limfangit qizilo'ngachdan farq qiladi:

A. Terining barcha qatlamlarining ta'sirlanishi.

B. Asosan shilliq qavatning ta'sirlanishi.



C. Terining papiller qatlamida infeksiyani lokalizatsiya qilish.

D. Teri giperemiyasining yo'qligi.

E. Tana haroratining ko'tarilishining yo'qligi.

8. Yiringli parotitni jarrohlik yo'li bilan davolashdagi asoratlarga quyidagilar kiradi:

A. Fistulalarning shakllanishi. B. Bo'yin flegmonasining rivojlanishi.

C. Osteomielitning rivojlanishi

pastki jag.

D. Yuz nervi shoxlarining parezlari.

E. Trigeminal nerv shoxlarining parezlari.

9. Erizipel quyidagi sabablarga ko'ra yuzaga keladi:

A. Stafilokokklar. B. Escherichia coli. C. Streptokokk A.

D. Aralash flora. E. Streptokokk B.

10. Qizilcha uchun qanday asorat xosdir:

A. Tromboflebit. B. Sepsis. C. Limfostaz.

D. Limfadenit. E. Limfangit.

11. Qizilcha bilan zaharlanish belgilari:

A., qoida tariqasida, har qanday shaklda kasallikning boshlanishiga hamrohlik qiladi.

B. Qizilchanning faqat og'ir shakllari mavjud.

C. Kasallik boshlanganidan 3-4 kun o'tgach paydo bo'ladi.

D. Kasallik boshlanganidan 5-7-kunida paydo bo'ladi.

E. Mastlik belgilarining paydo bo'lishi qizilcha shakliga bog'liq.

dangasalik.

12. Mastit eng ko'p uchraydi:

A. Prenatal davrda homilador ayollarda.

B. Postpartum davrning birinchi oyi davomida.

C. Tug'ruqdan keyingi davrning 2-3 oylarida.

D. Prepubertal davrda.

E. Menopauza davrida.

13. Sut ichi mastitida kesma amalga oshiriladi:

A. Yoysimon, sut bezi ostida.

B. Radial.

C. yoysimon, areola chetida.

D. yoysimon, sut bezining ustida.

E. Xo'ppozning ustida.

14. Parotit rivojlanishining asosiy omillari:

A. Uzoq muddatli operatsiya.

B. Tuprik bezlari sekretsiasining kamayishi.

C. Bemorning keksa yoshi.

D. Suvsizlanish.

E. Tuprik bezlari sekretsiasining kuchayishi.

15. Paraproktitda kesma amalga oshiriladi:

A. To'g'ridan-to'g'ri tashqi sfinkterda.

B. Tashqi sfinkterdan 3-4 sm uzoqlikda.

C. Tashqi sfinkterdan 1,5-2 sm uzoqlikda.

D. Ichki sfinkterdan 3-4 sm uzoqlikda.

E. To'g'ridan-to'g'ri ichki sfinkterda.

16. Parotitni jarrohlik yo'li bilan davolashda otopsiya o'tkaziladi:

A. Langer satrlariga muvofiq.

B. Yuzdagi to'qimalarning qon bilan ta'minlanishiga qarab.

C. Yuz nervi shoxlarining borishiga qarab.

D. Yuz arteriyasiga parallel.

E. Submandibulyar arteriyaga parallel.

17. O'tkir parotitning klinik kechish xususiyati:

- A. Teri giperemiyasi va dalgalanmalarining erta paydo bo'lishi.
- B. Mastlik belgilarining kech paydo bo'lishi.
- C. Teri giperemiyasi va dalgalanmalarining kech paydo bo'lishi.
- D. Teri giperemiyasining erta ko'rinishi va keyinchalik - dalgalanmalar.
- E. Fluktuatsiyaning erta ko'rinishi va keyinroq - teri giperemiyasi.

18. Mastitning infiltrativ bosqichini jarrohlik yo'li bilan davolashning o'ziga xos xususiyati

quyidagilar:

- A. Infiltratning ochilishi.
- B. Shoshilinch gistologik tekshiruv bilan infiltratni ochish dori.
- C. Preparatni gistologik tekshirish bilan infiltratni ochish rejalashtirilgan tarzda.
- D. Rejalashtirilgan infiltratni gistologik tekshirish bilan ponksiyon xop.
- E. Shoshilinch ravishda infiltratni gistologik tekshirish bilan ponksiyon xop.

19. Mastitning o'tkir infiltrativ bosqichi davolanadi:

- A. Faqat konservativ tarzda.
- B. Faqat zudlik bilan.
- C. Agar konservativ davo samarasiz bo'lsa, otopsiya o'tkaziladi infiltratsiya.
- D. Faqat antibiotik terapiyasi.
- E. Antibiotik terapiyasi bilan gormon terapiyasi.

20. Pastki ekstremitalarning takroriy qizilo'ngachlari bilan, eng tez-tez uchraydi murakkablik:

A. Osteomielit. B. Tromboflebit. C. Periostit.

D. Limfostaz. E. Sepsis.

21. Chirigan paraproktitda quyidagi vositalardan foydalanish maqsadga muvofiq:

A. Klaforan va klindamitsin. B. Gentamitsin va metronidazol.

C. Vibramitsin va metronidazol. D. Metronidazol va klindamitsin.

E. Gentamitsin va klindamitsin.

#### JAVOBLAR

1-C	7-C	13-B	19-C
2-B	8-D	14-B	20-D
3-A	9-C	15-C	21-D
4-C	10-A	16-C	
5-C	11-A	17-C	
6-D	12-B	18-B	

## GLOSSARIY

1) **Anamnez**- kasallik tarixi

2) **anemiya**- yoshga qarab qizil qon pigmenti (gemoglobin) va / yoki qizil qon hujayralari (bu ko'rsatkich "gematokrit" deb ataladi) konsentratsiyasining past darajada pasayishi.

3) **antibiotik**-bu bakteriyalar, zamburug'lar, suv o'tlari, likenlar va yuqori o'simliklar almashinuvining (metabolizmining) tabiiy mahsuloti bo'lib, ular (ba'zi hollarda tanlab) o'sishni kechiktirishga yoki eng kichik patogenlar va boshqa hujayralarni o'ldirishga qodir. Shuning uchun ular yuqumli va / yoki saraton kasalliklarini davolashda dori sifatida ishlatiladi.

4) **bakteriyalar**-bular hujayra yadrosi bo'lmagan bitta hujayradan iborat mikroorganizmlardir. Ular ko'plab kasalliklarga (bakterial infeksiyalar) olib kelishi mumkin. Ushbu kasalliklarning aksariyatini antibiotiklar bilan davolash mumkin.

5) **biopsiya**-tekshirish uchun to'qima namunasini olish (birinchi navbatda mikroskop ostida). Bu maxsus ichi bo'sh igna yordamida yoki boshqa asboblardan (masalan, forseps, zond va boshqalar) yordamida ponksiyon sifatida amalga oshirilishi mumkin, u jarrohlik yo'li bilan ham (skalpel yordamida) amalga oshirilishi mumkin.

6) **vitaminlar**-bu tananing to'g'ri ishlashi uchun zarur bo'lgan moddalardir. Ammo tananing o'zi ularni o'zi ishlab chiqara olmaydi yoki etarli miqdorda ishlab chiqara olmaydi, shuning uchun ular tanaga oziq-ovqat bilan birga kirishlari kerak.

7) **virus**-o'z metabolizmiga ega bo'lmagan, mezbon hujayralari hisobiga ko'payadigan va, qoida tariqasida, ularning kasalligini keltirib chiqaradigan yuqumli zarracha (lotincha "virus" so'zi "shilimshiq", "zahar" degan ma'noni anglatadi)

**8) gemoglobin** (qisqartirilgan: Hb, HGB)-bu qizil qon hujayralarida mavjud bo'lgan qon pigmentidir. U temir o'z ichiga olgan oqsildan iborat bo'lib, organizmga kislorod yetkazib berish uchun javobgardir.

**9) drenaj**-frantsuzcha bu atama, u qarzga olingan joydan, suvsizlanish, suvni yuvish degan ma'noni anglatadi. Tibbiyotda bu patologik suyuqlik yoki ortiqcha to'plangan oddiy tana suyuqligining chiqarilishi. Masalan, miya qorinchalaridan miya omurilik suyuqligini (ya'ni, miya suyuqligini) olib tashlash yoki plevra bo'shlig'idan havo va / yoki to'plangan patologik suyuqlikni olib tashlash (plevral drenaj).

**10) immunitet tizimi**-tanani sog'lom saqlash uchun tananing o'z tizimi, bu begona moddalardan himoya qilishni ta'minlaydi va tanadagi g'ayritabiiy hujayralarni (masalan, saraton hujayralarini) yo'q qiladi. U xavfli va zararsiz "o'ziniki" va "begona"larni qanday tan olishni biladi; u asosan limfa tizimining organlari orqali, butun tanada harakatlanadigan hujayralar (masalan, oq qon hujayralari) va molekulalar (masalan, immunoglobulin) orqali ishlaydi.

**11) infektsiya**-eng kichik organizmlarning (masalan, bakteriyalar, viruslar, zamburug'lar) inson tanasiga kirib borishi, ular ko'paya boshlaydi. Infektsiyalar mikroorganizmlarning xususiyatlariga va organizmning immunitetiga qarab turli yuqumli kasalliklarga aylanishi mumkin.

**12) leykotsitlar**-oq qon hujayralari. Immun tizimining hujayralari sifatida ular patogenlardan himoya qiladi va infektsiyalarga qarshi kurashadi. Shuningdek, ular tanadagi hujayralar parchalanganidan keyin to'plangan vayron qilingan hujayralar bo'laklarini yo'q qiladi. Leykotsitlar guruhiga granulotsitlar (60-70%), limfotsitlar (20-30%) va monotsitlar (qondagi barcha leykotsitlarning 2-6%) kiradi. Leykotsitlarning ko'p qismi suyak iligida hosil bo'ladi. Bu jarayon leykopoez deb ataladi.

**13) yumshoq to'qimalar**-yumshoq to'qimalar tananing barcha epitelial bo'lmagan to'qimalarini qoplaydi, qo'llab-quvvatlovchi apparatlar (suyaklar va xaftaga) to'qimalari bundan mustasno. Shuning uchun yumshoq to'qimalariga birlashtiruvchi to'qimalar, yog ', mushaklar, shuningdek, periferik asab tizimining to'qimalari (ya'ni, miya va orqa miya tashqari) kiradi. Shuning uchun inson tanasi va organlarining barcha qismlari yumshoq to'qimalar bilan o'ralgan, ular bilan bog'langan yoki qo'llab-quvvatlanadi.

**14) nekroz**-Bu patologik jarayon bo'lib, tirik organizmda hujayralar yoki to'qimalar hujayralar tuzilishi buzilganligi sababli o'lishni (parchalanishni) boshlaydi va ular o'z vazifalarini bajarishni to'xtatadi. Nekrozning sababi, masalan, mexanik shikastlanish, yuqumli agentlar, zaharlar, kislorod etishmovchiligi, muzlash yoki radiatsiya bo'lishi mumkin. Tabiiy dasturlashtirilgan hujayra

o'limidan farqli o'laroq, apoptoz deb ataladigan hujayra o'limi va nekroz paytida ularning parchalanishi butunlay boshqa morfologik xususiyatlarga va boshqa biokimyoviy jarayonga ega.

**15) operatsiya**-bemorning tanasiga jarrohlik aralashuvi yoki bemorning tanasida davolash maqsadida amalga oshiriladigan, ba'zan diagnostik tekshiruv dasturiga kiritiladi. Operatsiya maxsus asboblarda yordamida, odatda umumiy og`rislantirish ostida amalga oshiriladi.

**16) tashqi tekshiruv**-diagnostika tadqiqotining muhim elementi hisoblanadi. Shifokor ma'lum organlarni tinglaydi va ularni his qiladi (palpatsiya), kasallikning turini baholash yoki kasallikning qanday kechayotganini ko'rsatish uchun ma'lum reflekslarni tekshiradi.

**17) qonning bakterialogik tekshiruvi**-Bu qonda infeksiyalarni keltirib chiqaradigan mikroorganizmlar (masalan, bakteriyalar, zamburug'lar) mavjudligini ko'rsatadigan tadqiqot usuli. Qon namunasida qaysi patogen topilganligi natijalarini olgandan so'ng, laboratoriya antibakterial preparatlarga sezgirlik testini o'tkazishi mumkin (antibiogramma / antibiotiklarga sezuvchanlik testi)

**18) punksiya**-tashxis yoki davolash uchun maxsus asboblarda (masalan, maxsus ichi bo'sh igma) yordamida tahlil qilish uchun bemordan suyuqlik va to'qimalar namunalarini olish

**19) rentgen tekshiruv**-organlar yoki organlarning muayyan qismlari tasvirini olish uchun rentgen nurlaridan foydalanadigan diagnostik tasvirlash usuli.

**20) residiv**- kasallikning qaytishi, tuzalgandan keyin qayta kasallanish.

**21) reabilitatsiya**-bu chora-tadbirlarning butun majmuasidir. Bu tibbiy, ijtimoiy, psixosozial yordam, shuningdek, kasbga qayta moslashish uchun yordamni o'z ichiga oladi. Bu butun chora-tadbirlar majmuasi jamiyatning odatiy hayotiga, kasbga qayta integratsiyalashuviga va shaxsiy hayotga qayta moslashishiga yordam berishi kerak. Bu shuningdek, tananing motor qobiliyatini tiklashni o'z ichiga oladi (fizioterapiya mashqlari, protezlar va / yoki yordamchi vositalar (yordamchi vositalar)).

**22) simptom**-kasallik belgisi, kasallik qanday namoyon bo'ladi

**23) stasionar davolanish**-ya'ni bemor kasalxonaga yotqiziladi va barcha davolanish kasalxonada amalga oshiriladi.

**24) T-limfotsitlar** -limfotsitlarning kichik guruhi. Ular timus bezida (timus) etuk bo'lib, hujayra immuniteti deb ataladigan javobda muhim rol o'ynaydi: ular virusli va qo'ziqorin infeksiyalaridan to'g'ridan-to'g'ri himoya qiladi va immunitet tizimining boshqa hujayralari (masalan, granulotsitlar) faoliyatini tartibga soladi.

**25) transplantatsiya**-bu to'qima, organ yoki hujayra transplantatsiyasi.

**26) transfuziya**-donordan qon yoki uning tarkibiy qismlarini (masalan, qizil qon tanachalari konsentrati, trombositlar konsentrati) quyishdir.

**27) trombositlar**-qon ivishidan mas'ul bo'lgan qon hujayralari. Shikastlanganda qon tomirlarining devorlari ularning yordami bilan o'tkazmaydigan qilib qo'yiladi va qon ketish to'xtaydi.

**28) fermentlar**- sinonimi biologik katalizator

bu moddalar, qoida tariqasida, ma'lum biokimyoviy reaksiyalarni qo'zg'atadigan, ularni tezlashtiradigan va ma'lum bir yo'nalishda oqishiga majburlaydigan oqsillardir (ya'ni ular katalizatorlardir). Barcha tirik organizmlardagi barcha metabolik jarayonlar (metabolizm) fermentlar ishtirokida boradi. Organizmdagi deyarli barcha biokimyoviy jarayonlar fermentlar tomonidan boshqariladi (masalan, ovqat hazm qilish, oqsil biosintezi, hujayra bo'linishi). Bundan tashqari, fermentlar hujayra ichidagi stimullarni qabul qilish va uzatish reaksiyalarida va hujayra ichidagi signallarni uzatishda muhim rol o'ynaydi.

**29) kimyoterapiya**-shu nuqtai nazardan: tanadagi o'simta hujayralarining o'sishiga to'sqinlik qiluvchi dori-darmonlarni (kimyoterapiya preparatlari, sitostatiklar) qo'llash

**30) elektrokardiogramma** (qisqartirilgan: EKG)-yurakning elektr impulslarini diagnostika qilish usuli.



#### ABIYOTLAR RO`YHATI.

1. Gostishchev V.K. Infektsii v khirurgii. Rukovodstvo dlya vrachey/Pod red. V.K. Gostishcheva. – M.: GEOTAR – Media, 2007. – 759 s..
2. Agren M.S. Wound debridement optimisation // J. Wound Care. – 2014. – N23. – P.381;
3. Apton D., Solovey K., Khender K., Vu K. Stress i bol', svyazannyye so smenoy povyazki u patsiyentov s khronicheskimi ranami. J. Ukhodzaranoy. 2012; 21 : 53–61. DOI: 10.12968 / jowc.2012.21.2.53.
4. Radzhendran N.K., Kumar SSD, Khurel'd N.N., Abrakhamse KH. Obzor lecheniya ran na osnove nanochastits. J. Drug Deliv. Sci. Technol. 2018; 44 : 421–430. DOI: 10.1016 / j.jddst.2018.01.009.
5. Krasner D. Wound care: how to use the Red-Yellow-Black system. Am J Nursing 1995; 95(5):44-7.
6. . Eskes A.M., Gerbens L.A., van der Horst C.M., Vermeulen H., Ubbink D.T. Is the red-yellow-black scheme suitable to classify donor site wounds? An inter-observer analysis. Burns 2011; 37(5):822-6.
7. Minchenko A.N. Rany. Lecheniye i profilaktika oslozhneniy. A.N. Minchenko A.N. SPb., 2003. 207 s.
8. Rolstadt B.S., Ovington L. Principles of wound management. In: Acute & Chronic Wounds: Current Management Concepts. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby/Elsevier; 2007: 391-425.
9. Bailey & Love's. Short Practice of Surgery. 25th Edition. 2008.
10. Falanga V. Introducing the concept of wound bed preparation. Int Forum Wound Care 2001; 16:1-4.
11. Steed D.L., Donohoe D., Webster M.W., Lindsley L. Effect of extensive debridement and treatment on the healing of diabetic foot ulcers. Diabetic Ulcer Study Group. J Am Coll Surg 1996; 183:61-4.

12. Alekseyev A.A. Khirurgicheskaya obrabotka granuliruyushchikh ran u obozhzhennykh. A.A. Alekseyev, O.A. Kudzoyev, P.N. Tyutyuma i dr. Kombustiologiya na rubezhe vekov: Mezhdunar. kongr. M., 2000. - S. 131.
13. Brown D.L., Kao W.W., Greenhalgh D.G. Apoptosis down-regulates inflammation under the advancing epithelial wound edge: delayed patterns in 17. Collier M. Wound bed preparation: theory to practice. Nurs Stand 2003; 17:45-52.
14. Falanga V. Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. Wound Repair Regen 2000; 8:347-52.
15. Falanga V. Introducing the concept of wound bed preparation. IntForumWoundCare 2001; 16:1-4.
16. Gumanenko Ye.K. Praktikum po voyenno-polevoy khirurgii. Ye.K. Gumanenko. Foliant, 2006. 312 s.
17. Ennis W.J., Meneses P. Wound healing at the local level: the stunned wound. Ostomy Wound Manage 2000; 46(1A Suppl):39S-48S.
18. Goryunov S.V., Roashov D.V., Butivshchenko I.A. Gnoynayakhirugiya. Atlas. M.: Binom. – 2004. – 558 s.
19. Alekseyev A.A. Lecheniye ozhogovykh ran s primeneniye ranevykh pokrytiy «Biodespol». A.A. Alekseyev, M.G. Krutikov, A.E. Bobrovnikov i dr. Materialy mezhdunar. konf. Pod red. V.D. Fedorova, A.A. Adamyana. - M., 2001.-S. 133-5.
20. Landen N.K.H., Li D., Stole M. Perekhod ot vospaleniya k razrastaniyu: kriticheskiy shag vo vremya zazhivleniya ran. Cell Mol. Life Sci. 2016; 73 : 3861–3885. DOI: 10.1007 / s00018-016-2268-0.
21. Кузин М.И. Рана и раневая инфекция.-М., Медицина.- 1980.-219 с.
22. Войно-Ясинецкий П.Ф. Очерки гнойной хирургии-Москва.-2000.-849 с.
23. Охунов А.О.//Сценарии и сборник заданий для практических занятий по общей хирургии с использованием современных педагогических технологий. Учебно-педагогическое пособие для преподавателей по дисциплине «Общая хирургия». Ташкент.-2012.-118 с.
24. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Общая хирургия в модулях – Электронный учебник на русском языке – 2013 год.
25. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Неспецифическая хирургическая инфекция.- Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках.-2013 год.
26. Охунов А.О. Закрытые повреждения головы. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий «Работа в малых группах» составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация на узбекском, русском и английском языках. Ташкент.-2012.-20 с.
27. Охунов А.О. ва бошқалар//Умумийхирургия.- Электрон учебник на узбекском языке – 2014 йил.

28. Охунов А.О., Каюмов Т.Х. // Что такое хирургия? - Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках. - 2014 год.
29. Охунов А.О., Ходиев Х.С. // Учение о ранах. - Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках. - 2014 год.
30. Охунов А.О. // Основы травматических повреждений. - Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках. - 2014 год.
31. Охунов А.О., Мехманов Ш.Р. // Термические поражения. - Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках. - 2014 год.
32. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю. // Учение о ранах. - Электронное обучающее и контролирующее учебное пособие со сборником мультимедийных тестов на узбекском, русском и английском языках. - 2016.
33. Охунов А.О., Каюмов Т.Х., Мехманов Ш.Р. и др. // Сборник тестов разного уровня для студентов по дисциплине «Общая хирургия». - Сборник тестов на узбекском и русском языках. - 2014.
1. Программный документ Eucomed по уходу за ранами.  
URL [http://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA/pdf/EWMA\\_Projects/090923\\_Wound\\_Care\\_Brochure\\_final.pdf](http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/EWMA_Projects/090923_Wound_Care_Brochure_final.pdf).
34. Сен К.К., Гордилло Г.М., Рой С., Кирснер Р., Ламберт Л., Хант Т.К., Готтруп Ф., Гуртнер Г.К., Лонгакер М.Т. Раны на коже человека: серьезная угроза общественному здоровью и экономике. *RoundRepairRegen* 2009; 17 : 763–771.

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**  
**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**  
**1-son UMUMIY VA BOLALAR JARROXLIK KAFEDRASI**



**JAROHATLAR. JAROHATLARNI DAVOLASH**  
**TAMOYILLARI. IFLOSLANGAN JAROHATLARNI OLIB**  
**BORISHNI O`ZIGA HOSLIGI.**  
(o`quv-uslubiy qo`lanma)

Toshkent -2021

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
1-son UMUMIY VA BOLALAR JARROXLIK KAFEDRASI**

**« KELISHILGAN »**

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirligi ilmiy  
va tibbiyot ta'limi bosh  
boshqarmasi boshlig'i

**ISMAILOV O`S.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021г.

**« TASDIQLANGAN »**

O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirligi  
Tibbiyot ta'limini  
rivojlantirish markazi  
direktori

**ESHPO`LATOVA M.R.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021г.

**JAROXATLAR. JAROXATLARNI DAVOLASH  
TAMOYILLARI. IFLOSLANGAN JAROXATLARNI OLIB  
BORISHNI O`ZIGA HOSLIGI.  
(o`quv-uslubiy qo`lanma)**

Toshkent -2021

### **Mualliflar:**

**QASIMOV Ulug‘bek Kurkmasovich** – tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1-son umumiy va bolalar xirurgiyasi kafedrasida dotsenti.

**BOBABEKOV Azam Rahmatovich**- tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1-son umumiy va bolalar xirurgiyasi kafedrasida katta o‘qituvchisi

**BOBOEV Qaxramon Xaydaralievich** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 1-son umumiy va bolalar xirurgiyasi kafedrasida assistenti.

### **Taqrizchilar:**

**Sattarov O.T.** – tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi tibbiyot fakulteti hospital xirurgiyasi kafedrasida dotsenti;

**S.R.BAYMAKOV** – tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent davlat stomatologiya instituti Umumiy va harbiy dala xirurgiyasi kafedrasida mudiri;

Uslubiy qo‘llanma “Umumiy xirurgiya” kursi bo‘yicha namunaviy va ishchi o‘quv rejasiga muvofiq tuzilgan bo‘lib, talabalarning davlat ta‘lim standartlarida belgilangan kompetensiyalarini rivojlantirish, ularning malakaviy xarakteristikaga muvofiq kasbiy muammolarni hal qilish bo‘yicha amaliy ko‘nikmalarni egallashini ta‘minlaydi. U bakalavrlar, rezidentlar va shifokorlar malakasini oshirish kursi tinglovchilari uchun mo‘ljallangan.

Mazkur o‘quv qo‘llanma Toshkent tibbiyot akademiyasi Markaziy uslubiy komissiyasida ko‘rib chiqildi va muhokama qilindi

Yig‘ilish bayoni № \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 yil.

Mazkur o‘quv qo‘llanma Toshkent tibbiyot akademiyasi Ilmiy kengashida ko‘rib chiqildi va muhokama qilindi

Majlis bayonnomasi № \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2021 yil

**MAZMUNI:**

<b>№</b>	<b>Nomlanishi</b>	<b>betlar.</b>
1	KIRISH	5-6
2	Motivatsiya	7
3	DARS O'TKAZISH USULLARINI TASHKIL ETISHI	8
4	XRONOLOGIYA	9
5	NAZARIY QISM	
	Ta'rif	10-18
	Yaralarning asosiy belgilari	18-20
	Yara jarayonining borishi	21-26
	Yarani bitishi	26-28
	Yarani bitishini kechikishi	29-31
	Yarani davolash tamoyillari	32-40
6	AMALIY QISM	
	Vaziyat vazifalari	41-48
	Testlar	49-53
7	ADABIYOTLAR RO'YXATI	54-55

## KIRISH

Insoniyat qadim zamonlardan beri yaralarni davolab keladi. Yaralarni davolash haqidagi eng qadimgi ma'lumotlar qadimgi shumerlarning gil lavhalarida topilgan, ular miloddan avvalgi 2500 yilga tegishli. Ular yaralarni suv va sut bilan yuvish jarayonini, so'ngra asal va qatron bilan bandajni qo'llashni tasvirlaydi.

Yaralar ko'p sabablarga ega; ba'zilari jarrohlik natijasidir, ba'zilari travma natijasidir va boshqalar bosim yoki qirqish kabi tashqi omillar yoki diabet yoki qon tomir kasalliklari kabi asosiy sharoitlar natijasidir.

Hisob-kitoblarga ko'ra, Evropada 1,5-2 millionga yaqin odam turli xil jarohatlar bilan yashaydi, surunkali yaralar ustunlik qiladi [1]. Qo'shma Shtatlarda o'tkir jarohatlardan kelib chiqqan surunkali yaralar bir vaqtning o'zida 6,5 millionga yaqin odamga ta'sir qiladi [2].

Klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, statsionar bemorlarning 50% gacha yaralari bor. G'arbiy Avstraliyadagi davlat kasalxonalarida 5800 bemorni o'rganish shuni ko'rsatdiki, 49% jarohatlar bor. Bemorlarning 31 foizida o'tkir jarohatlar, 9 foizida to'shakda yaralar, 8 foizida esa terining shikastlanishi kuzatilgan [3].

Yaralarning katta qismi normal jarohatni davolash jarayoni (gemostaz, yallig'lanish, ko'payish, etuklik) hech qanday cheklovlarsiz o'tadi. Biroq, muhim ozchilik bu bosqichlardan o'ta olmaydi, natijada surunkali jarohatlar bilan bog'liq kasalliklar va xarajatlar kelib chiqadi. Yara to'shagini tayyorlash tabiiy davolanishni tezlashtirish yoki teri greftlari, dermal matritsalar yoki boshqa terini qoplaydigan mahsulotlar kabi muqobil davolash usullarini osonlashtirish uchun yarani davolash deb ta'riflanadi. Bu, ayniqsa, davolanish imkoniyatlarini yaxshilash uchun yaralarni tizimli ravishda baholashda juda muhimdir.

Ensiklopediyalarga ko'ra yaraning kundalik tibbiy bo'lmagan ta'rifi butun qalinligi bo'ylab integumental yoki ichki to'qimalarning, ba'zan esa ichki organlarning anatomik yaxlitligini buzishdir.



## **Motivatsiya mavzusi**

Yara jarayonining borishi tamoyillarini, ularning turlarini, shuningdek, yaralarni keyingi bog'lash bilan davolashni bilish barcha ixtisoslik shifokorlari uchun zarurdir.

**Darsning maqsadi:** jarohat turini, yara jarayonining bosqichlarini aniqlashni, yaralar turlarini va ularning bitish xususiyatlarini farqlashni, yara infeksiyasining belgilarini aniqlashni o'rganish; mahalliy va umumiy yaralarni davolash tamoyillarini o'rganish.

### **Dars davomida tinglovchilar quyidagi ko'nikmalarga ega bo'lishlari kerak:**

- Bog'lov xonasida amaliy ishlar;
- bemorlarga bog'lash ishlarini bajarish;
- yarani o'rab turgan tanani antiseptik vositalar bilan davolash;
- yaralarni, yara jarayonining bosqichini va jarohatni davolash turini aniqlash;
- yara infeksiyasining belgilarini aniqlash;
- teri choklarini olib tashlash va drenajlash;
- yaralarni drenajlashning eng yaxshi usullarini aniqlash.

**O'qitishning texnik vositalari:** umumiy jarrohlik bo'limining bog'lash xonasi, steril stol, jarrohlik asboblari va steril bog'lash materiallari, jarrohlik choyshablari, yaralarni davolash uchun dorilar, drenaj aspiratsiyasi va yuvish tizimlari, yaralarni yuvish uchun antiseptik eritmalar.

## **DARSNI TASHKIL ETTISH VA USULLARI**

Dars arafasida o'qituvchi talabalarga dars mavzusi, tarbiyaviy masalalar, darsning shakli haqida ma'lumot beradi, o'z-o'zini tayyorlash uchun adabiyotlarni ko'rsatadi, tematik bemorlarni tanlaydi.

**1-bosqich.** O'qituvchi mavzuning ahamiyati va dolzarbligini ta'kidlaydi, o'quvchilarni amaliy mashg'ulotning maqsad va vazifalari bilan tanishtiradi, klinika tartibidan, ma'lum patologiyasi bo'lgan bemorlarning mavjudligidan kelib chiqqan holda ish tartibini belgilaydi va aniqlaydi. , va boshqalar.

**2-bosqich.** Barcha talabalar bilimini dasturlashtirilgan nazorat qilish amalga oshiriladi. Keyin o'qituvchi fakultet ish dasturining mazmuni va dasturlashtirilgan nazorat natijalarini hisobga olgan holda mavzuni og'zaki tahlil qilish va so'rovnomaga o'tadi. Amaliy ko'nikmalar amalda qo'llaniladi.

**3-bosqich.** Talabalar tomonidan tayyorlangan taqdimotlar namoyishi amalga oshiriladi. Guruh taqdimotchilarga savollar beradi va taqdimotlarni muhokama qiladi.

**4-bosqich.** Talabalar o'qituvchi nazorati ostida bemorlarni tekshiradilar, bemorlarni parvarish qilish ishlariga jalb qilinadilar. Keyinchalik, talabalar bemorning kasallik tarixini o'rganadilar, tadqiqot usullariga e'tibor beradilar, ularning natijalarini muhokama qiladilar.

**5-bosqich.** Talabalar bemorlarni nazorat qiladi, kiyinish xonasiga tashrif buyuradi, kiyinishda ishtirok etadi. O'qituvchi bir guruh talabalarni operatsiya xonasiga olib boradi. Operatsiya jarayonida operatsiyalar turlari va ularning tamoyillari muhokama qilinishi kerak.

**6-bosqich.** Darsda o'quvchilar o'qituvchi bilan birgalikda vaziyatli topshiriqlarni tahlil qiladilar.

**7-bosqich.** O'qituvchi amaliy mashg'ulot natijalarini umumlashtiradi. Keyingi dars uchun uy vazifasi taqdim etiladi.

## DARS XRONOLOGIYASI

Darsni tarkibiy bulimi	Dars bosqichi	Bajariladigan anik topshirik boskichi	Reglament (daqiqada)
Nazariy kismi (25%)	Kirish qismi (motivatsiya)	Ўyklama va dars mavzusi, maqsad va vazifalari bilan talabalarни таништириш	15
		Дарс режаси билан талабаларни таништириш	5
	Аналитик кismi	Дарсни интерактив усуллардан фойдаланган холда ўтиши	15
		Мавзуни оралиқ ўзлаштирганлик даражасини баҳолаш	15
Амалий кismi (50%)	Амалий кўникмаларни намойиш қилиш	Укув хонасида турли хил юмшок тукимадаги хирургик инфекцияни намойиш қилиш	35
		Палаталарда беморларга йирингли жараениларни кўрсатиш	30
		Жарохатларга ишлов бериш кўрсатмаларни намойиш қилиш	15
		Талабал мустакил жаррохатларга ишлов бери шва унингкамчиликини курсатиш	45
Назарийки сми (25%)	Интер фаол усулларни куллаш кismi	«Кичик гуруҳларда ишлаш»	15
	Якунлаш боскichi	Мухокамалар натижасини умумлаштириш	15
		Амалий дарсни якунлаш	15
		Хар бир талабани дарс давомида олган баҳоларини умумлаштирган холда индивидуал рейтинг журналига қўйиш	10
		Талабаларни олган рейтинг натижаларини эълон қилиш ва кейинги дарс mavzusini эълон қилиш	10
Жами			240

## TA'RIF

Yaraning mohiyati kontseptsiyasi uchun u tegishli tarkibiy qismlarga, xususan, nuqsonning o'zi (yara), yara bo'shlig'i va yara kanaliga ega bo'lishi kerak..

**Yara (vulnus)** — mexanik stress natijasida kelib chiqqan teri yoki shilliq qavatning yaxlitligini buzish bilan tavsiflangan va og'riq, qon ketish va parchalanish bilan kechadigan to'qimalarning shikastlanishi. Yara, shuningdek, ochiq jarohat deb ataladi va shu bilan yaraning asosiy mezonini tana butunligining yaxlitligini buzish ekanligini ta'kidlaydi.

**Yara bo'shlig'i (cavum vulnerale)** — bu yaraning devorlari va pastki qismi bilan chegaralangan bo'shliq.

**Yara kanali (canalis vulneralis)** — yara bo'shlig'ining chuqurligi uning ko'ndalang o'lchamlaridan sezilarli darajada oshib ketganda. Yaraning asosiy mahalliy belgilari og'riq, qon ketish va parchalanishdir. Ushbu belgilarning og'irligi shikastlanishning tabiati, shikastlangan to'qimalarning hajmi, shikastlangan kanalning innervatsiyasi va qon bilan ta'minlanishining o'ziga xos xususiyatlari, hayotiy organlarning shikastlanish ehtimoli bilan belgilanadi.

Yaralarning tasnifi quyidagi mezonlarga bo'linadi:

**Kelib chiqishi bo'yicha** yaralar jarrohlik (operatsion), jangovar va tasodifiy (maishiy, sanoat, yo'l) ga bo'linadi. Jarrohlik yaralari yara asoratlari xavfini minimallashtiradigan maxsus sharoitlarda terapevtik maqsadlarda qo'llaniladi. Tasodifiy jarohatlarga boshqalar kiradi: maishiy, sanoat, harbiy, jinoiy. Umumiy narsa shundaki, ularning barchasi yaradorlarning irodasiga qarshi qo'llaniladi, ular doimo mikroorganizmlar bilan ifloslangan va har doim yara asoratlari xavfi mavjud.

**Zarar etkazuvchi omil turi bo'yicha** yaralar bo'linadi:

**Mexanik**

(mexanik kuch ta'siri natijasida)



**Termik** (yuqori va past haroratlarga ta'sir qilish natijasida)



**Kimyoviy**

(kimyoviy moddalar ta'siri natijasida)



**Nur**

(quyosh nuri va ionlashtiruvchi nurlanish ta'siri natijasida)

**Birlashtirilgan**

(bir necha turdagi zarar etkazuvchi omillar mavjud bo'lganda)



**Trofik yaralar** (arterial yoki venoz qon ta'minoti buzilganda, mahalliy bosimdan kelib chiqadi gan surunkali yaralardir).



**Joylashi bo'yicha** bosh, bo'yin, tana,oyoq va qo'llar yaralari, ichki organlar va kombinatsiyalangan - bir nechta ichki organlarning yaralari ajralib turadi.

**Tasirlovchini tabiati bo'yicha** mexanik jarohatlar quyidagilarga bo'linadi::

<p><b>Kesilgan</b> - o'tkir narsa bilan qo'llaniladi, chuqur bo'lishi mumkin, lekin atrofdagi to'qimalar biroz shikastlangan, qirralari tekis. Ular bo'shliq va kuchli qon ketish bilan tavsiflanadi. Agar qirralar bir-biridan 1 sm dan kam nuqsonli bo'lsa, ular tikuvsiz ham asosiy niyat bilan davolanishi mumkin.</p>	
<p><b>Sancilgan</b> - tor o'tkir narsa bilan qo'llaniladi, kichik maydonga va katta chuqurlikka ega, bo'shliqlar yo'q, atrofdagi to'qimalar zarar ko'rmaydi, lekin chuqur joylashgan tuzilmalarga (nervlar, tomirlar, organlar) zarar etkazishi mumkin, ichki qon ketishi mumkin. Teshilgan yaralar anaerob infeksiyani rivojlanish xavfi yuqori bo'lganligi sababli xavflidir.</p>	

**Shilingan** - to'mtoq narsa bilan qo'llaniladi. Nekroz, kuchli og'riq sindromi rivojlanishi bilan atrofdagi to'qimalarga zarar etkazishning keng doirasi bilan tavsiflanadi. Tashqi qon ketish kichik, katta tomirlar va nervlar kamdan-kam hollarda shikastlanadi. Kontuziyalangan yaralar, qoida tariqasida, ikkilamchi niyat bilan davolanadi.



**Ezilgan** - to'mtoq narsa bilan katta kuch bilan urilganda hosil bo'ladi. Ko'kargan yaralarning barcha belgilari xarakterlidir, ammo nekroz zonasi yanada kattaroq, chuqur yotgan to'qimalarning ezilishi, suyak sinishi sodir bo'ladi.



**Yirtilgan** - to'mtoq narsa bilan ko'zdan kechirilgan zarbadan hosil bo'lgan. Noto'g'ri qirralar, terining ajralishi va nekroz bilan tavsiflanadi - ba'zan katta maydonda.





<p><b>Chopilgan-</b> og'ir o'tkir narsa bilan qo'llaniladi va kesilgan va jarohatlangan yaralarning xususiyatlarini birlashtiradi. Atrofdagi to'qimalarning chuqur va keng ko'lamli shikastlanishi, suyaklarning sinishi, qirralarning ezilishi, kuchli og'riq va dehiscence, o'rtacha qon ketishi bilan tavsiflanadi.</p>	
<p><b>Tishlagan</b> - hayvon yoki odamning tishlashi natijasida paydo bo'ladi. Ular kichik lezyon maydoni bilan sezilarli chuqurlikka ega bo'lishi mumkin va har doim virulent mikroflora bilan yuqori darajada ifloslangan, ko'pincha yiringli yoki chirigan infeksiyaning rivojlanishi bilan birga keladi, yaraga hayvonlarning toksinlari, quturgan viruslari kirishi mumkin.</p>	
<p><b>O'q tekkan</b> - boshqa jarohlardan sezilarli farqlarga ega.</p>	

O'q otish jarohatlarining o'ziga xos farqlari bor. Ular uchta zarar zonasining mavjudligi bilan tavsiflanadi:

halokat zonalari (yara kanali);

to'g'ridan-to'g'ri travmatik nekroz joylari (lateral ta'sir energiyasi ta'siridan atrofdagi to'qimalarning kontuziyasi);

molekulyar zarba zonalari.

Yara kanali bilvosita kursga ega bo'lishi mumkin, bir nechta tana bo'shliqlariga zarar etkazish, turli organlarga zarar etkazish mumkin. Bundan tashqari, har doim pulsatsiyalanuvchi bo'shliq paydo bo'lishi sababli yaraning ifloslanishi mavjud bo'lib, uning kengayishi paytida salbiy bosim paydo bo'ladi va yara kanaliga begona jismlar va mikroorganizmlar so'riladi. O'q jarohatlari - o'q, shrapnel va o'q jarohatlari. Ikkinchisi, qoida tariqasida, bir nechta bo'lib, yaqin masofadan otilganda kontuziyalar bilan birlashtiriladi. Zarar etkazuvchi vositaning tezligiga ko'ra, past tezlikli yaralar ajralib turadi (yaralash agentining tezligi 600 m / s dan kam), ular ko'pincha tekis yara kanaliga ega va molekulyar zarba zonasisiz o'rtacha darajada shikastlanadi. , va yuqori tezlikda burilishli yara kanali, kichik kirish va keng chiqish va aniq shikastlangan yaralar, turli organlar va to'qimalar.

Asoratlarning mavjudligi bilan:

Asoratlanmagan - agar faqat yumshoq to'qimalar shikastlangan bo'lsa.

Murakkab jarohatlar katta qon tomirlari, nerv novdalari va pleksuslar, suyaklar, bo'shliqlar va hayotiy muhim organlar jarohatlovchi snaryad bilan zararlanganda paydo bo'ladi. Ushbu holatlarda asoratlarning tabiati ushbu tuzilmalarning shikastlanish darajasi bilan belgilanadi.

Tana bo'shliqlariga nisbatan: kirmaydigan va o'tadigan yaralar (ichki organlarga zarar etkazmasdan, ichki organlarning shikastlanishi bilan).

Kirmaydigan yaralar - subfassial bo'shliq va mushaklarning tana bo'shliqlariga kirmasdan zararlanishi.

O'tadigan yaralar - har qanday bo'shliq (bosh suyagi, plevra, qorin parda, bo'g'im) va tashqi muhit o'rtasidagi aloqa. Bu mos keladigan membrananing yaxlitligini buzishni talab qiladi (dura mater, parietal plevra, parietal periton, qo'shma kapsul).

Agar bu membranalar shikastlangan bo'lsa, yara kirib boradi, agar bo'lmasa, u kirmaydi.

Zararli omillar soni bo'yicha:

Oddiy yaralar faqat teri, teri osti to'qimalari va mushaklar zararlanganda paydo bo'ladi.

Murakkab yaralar - ichki organlar, suyak tuzilmalari, katta tomirlar va nerv magistrallari zararlangan yaralar. Kombinatsiyalangan shikastlanish jarohatga yoki butun tanaga boshqa zararli omillarning qo'shimcha ta'siri bilan tavsiflanadi: issiqlik ta'siri, kiruvchi nurlanish va radioaktiv ifloslanish, kimyoviy urush agentlari, mikroto'lqinli nurlanish va boshqalar.

**Bitta jabrlanuvchidagi jarohatlar soni bo'yicha:** Yakka - bitta anatomik mintaqaga yoki organ.

Ko'p - bir xil anatomik mintaqada bir xil turdagi bir nechta yaralar.

Qo'shma jarohatlar - bir nechta anatomik sohalarga zarar etkazish.

Kombinatsiyalangan - bir nechta turli xil zarar etkazuvchi omillar ta'siridan zarar.

Yara kanalining tabiatiga ko'ra mexanik yaralar teshib o'tuvchi, ko'r va tegib o'tovchi jarohatlarga bo'linadi.

Yaralar paydo bo'lish vaqtiga qarab quyidagilarga bo'linadi:

- yangi (agar jabrlanuvchi jarohat olganidan keyin 24 soatdan kechiktirmay tibbiy yordamga murojaat qilgan bo'lsa);

- kech (agar jabrlanuvchi jarohat olganidan keyin 24 soatdan kechroq tibbiy yordamga murojaat qilgan bo'lsa).

Yara jarayonining borishi va fazalarining tabiatiga qarab yiringli-nekrotik, donador, uzoq muddatli davolanmaydigan yaralar farqlanadi.

Yiringli yaralar birlamchi, ya'ni o'tkir yiringli jarayonlar bo'yicha operatsiyalardan so'ng hosil bo'lganlarga bo'linadi - xo'ppozlarning ochilishi, flegmona, yiringlash tufayli jarrohlik yarasining qirralarini suyultirish va ikkilamchi, masalan, yiringli yaralarni o'z ichiga oladi. shifo jarayoni. Birlamchi mikrobyal kontaminatsiya shikastlanish vaqtida, ikkilamchi - keyinroq, ko'pincha davolanish vaqtida sodir bo'ladi.

Ifloshlanish darajasiga ko'ra barcha yaralar 3 turga bo'linadi: Aseptik - bu, qoida tariqasida, faqat "toza" jarrohlik aralashuvlardan so'ng jarrohlik yaralari. Ular asosan birlamchi yara hosil qilib bitadi.

Kontaminatsiyalangan yaralar mikroflora bilan urug'langan, ammo yiringlash belgilarisiz yaralardir. Bularga juda kamdan-kam holatlardan tashqari barcha tasodifiy yaralar va operatsiya yaralarining bir qismi kiradi.

Infektsiyalangan - yiringli-yallig'lanish jarayonining belgilari bo'lgan yaralar. Ular birlamchi - o'tkir yiringli jarayonlar uchun operatsiyalardan keyin hosil bo'lgan va ikkilamchi - shifo jarayonida yiringlashadigan yaralarga bo'linadi.

### **YARALARNING ASOSIY BELGILARI**

Yaralarning asosiy klinik belgilari og'riq, qon ketish va parchalanishdir. Har bir holatda ularning og'irligi yaraning lokalizatsiyasiga, zararlanish mexanizmiga, jarohatning hajmi va chuqurligiga, shuningdek, bemorning umumiy holatiga bog'liq.

Jabrlanuvchining asosiy shikoyatlaridan biri og'riqdir (dolor). Bu jarohat sohasidagi asab tugunlarining bevosita shikastlanishi, shuningdek, shish paydo bo'lishi tufayli ularning siqilishi natijasida yuzaga keladi. Agar asab magistrallining bir qismi yoki butun qismi shikastlangan bo'lsa, og'riq nafaqat shikastlanish joyida, balki butun innervatsiya sohasiga ham tarqalishi mumkin. Yaradagi og'riq sindromining og'irligi quyidagi omillar bilan belgilanadi:

1. Yaraning lokalizatsiyasi. Yaralar ayniqsa og'riq retseptorlari ko'p bo'lgan joylarda og'riqli bo'ladi (barmoq uchlari, periosteum, parietal qorin parda, plevra sohasidagi teri). To'qimalar, mushaklar va fastsiyalarning shikastlanishi og'riqning intensivligiga kamroq ta'sir qiladi.

2. Katta nerv magistrallarining shikastlanishining mavjudligi.

3. Yarador qurolning tabiati va jarohat yetkazish tezligi. Qurol qanchalik o'tkir bo'lsa, retseptorlari kamroq shikastlanadi va og'riq kamroq bo'ladi. Ta'sir qanchalik tez sodir bo'lsa, og'riq sindromi kamroq aniqlanadi. 4. Bemorning neyropsikiyatrik holati. Jabrlanuvchi ehtiros, shok, spirtli ichimliklar yoki giyohvand moddalar bilan zaharlanish holatida bo'lganida og'riqni kamaytirish mumkin. Anesteziya ostida operatsiyani bajarishda, shuningdek siringomieliya kabi kasallik bilan og'riq butunlay yo'q (orqa miyaning kulrang moddasi ta'sirlangan).

Og'riq - bu tananing himoya reaksiyasi, ammo uzoq davom etadigan kuchli og'riqlar markaziy asab tizimining (CNS) zaiflashishiga olib keladi, bu esa muhim organlarning funksiyalariga salbiy ta'sir qiladi. Yaralarning tashqi vizual belgilariga quyidagilar kiradi:

Qon ketishi (gemorragiya) yaraning majburiy belgisidir, chunki teri va shilliq qavatdan boshlab har qanday to'qimalarning shikastlanishi tomirlarning yaxlitligini buzish bilan birga keladi. Qon ketishining og'irligi har xil bo'lishi mumkin - mayda kapillyardan tortib to profuz arterialgacha. Quyidagi omillar shikastlanish vaqtida qon ketishining intensivligini aniqlaydi.

1. Katta (yoki o'rta) tomirlarning shikastlanishi: arteriyalar yoki tomirlar.

2. Yaraning lokalizatsiyasi. Yuz, bosh, bo'yin va qo'l shikastlanganda, to'qimalarning eng yaxshi qon ta'minoti mavjud bo'lganda qon ketishi eng aniq namoyon bo'ladi.

3. Yarador qurolning tabiati: qanchalik o'tkir bo'lsa, qon ketishi shunchalik aniq bo'ladi. Ezilgan va jarohatlangan yaralar bilan qon ketish minimaldir.

4. Tizimli va mahalliy gemodinamikaning holati. Misol uchun, past qon bosimi (BP) yoki katta tomirning siqilishi bilan qon ketishining intensivligi pasayadi.

5. Koagulyatsiya tizimining holati. Uning buzilishi (masalan, gemofiliyada) bo'lsa, hatto kichik kalibrli tomirlarning shikastlanishi katta qon yo'qotishiga va hatto o'limga olib kelishi mumkin.

Yaraning tanaffusi terining elastik tolalarining qisqarishi natijasida yuzaga keladi. Yaraning teri qirralarining divergentsiyasining og'irligi, birinchi navbatda, terining qo'pol tolali tuzilmalari joylashishining asosiy yo'nalishlarini ko'rsatadigan uning o'qining Langer chiziqlariga nisbati bilan belgilanadi. Shunday qilib, yuqori va pastki ekstremalarda jarrohlik aralashuvlar paytida bo'shliqni kamaytirish uchun kesmalarning ko'ndalang emas, balki bo'ylama yo'nalishi ustunlik qiladi. Kesish yo'nalishi kosmetik va plastik jarrohlikda, teri nuqsonlarini yopishda va chandiqlarni kesishda alohida ahamiyatga ega. Kattaroq teshikli yara (xo'ppozlarning ochilishi) uchun kesma Langer chiziqlariga perpendikulyar qilinadi.

### **Funksional buzilishlar.**

Ochiq jarohatlar bilan funksional buzilishlar quyidagilar bo'lishi mumkin:

1. Mahalliy, ular shikastlanish joyi va shikastlangan organ tufayli yuzaga keladi.
2. Mintaqaviy, qon va limfa oqimi va innervatsiyaning buzilishidan kelib chiqadi.
3. Hayotni qo'llab-quvvatlash funktsiyalarining buzilishi bilan bog'liq buzilishlar (hayotiy organlarning shikastlanishi, kollapsning rivojlanishi, zarba).
4. Jarrohlik infeksiyasining qo'shilishi bilan bog'liq buzilishlar, ikkilamchi o'zgarish (endotoksikozning rivojlanishi, toksik shok).

### **Yara jarayonining kechishi.**

Yara murakkab biologik tizim bo'lib, uning rivojlanishida ma'lum bosqichlardan o'tadi. Yara jarayonining tasnifi (M.I.Kuzin bo'yicha): I - qon tomir o'zgarishlar davriga va yarani nekrotik to'qimalardan tozalash davriga bo'lingan yallig'lanish bosqichi; II - granulyatsiya to'qimalarining regeneratsiyasi, shakllanishi va etilish bosqichi; III - chandiqni qayta tashkil etish va epitelizatsiya bosqichi; Yara jarayonining BYRP (BlackYellowRedPink) muqobil 4 bosqichli tasnifi mavjud [4].

Ushbu tizimda turli xil ranglar yara jarayonining turli bosqichlarini taqlid qiladi. BYRP tasnifi quyidagi bosqichlarni o'z ichiga oladi:

Qora (qora) - nekroz;

Sariq (sariq) - yaradagi fibrin;

Qizil (qizil) - granulyatsiya to'qimasi;

Pushti (pushti) - yara epitelizatsiyasi;

Grafik diagramma haqiqiy klinik ko'rinishga yaqin, chunki yaraning rangi undagi jarayonlarga qarab o'zgaradi. Bunday holda, B va Y bosqichlari M.I.ga ko'ra yara jarayonining I bosqichiga to'g'ri keladi. amakivachcha. R va P bosqichlari II va III fazalarga to'g'ri keladi [5].

Yara jarayonining borishini tushunish, bemorning davolanish jarayoniga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan sharoitlari va kasalliklarini hisobga olish muhimdir.

I bosqich: yallig'lanish (substrat, hidratsiya, yashirin). Ushbu bosqichda yara yuzasi devitalizatsiyalangan to'qimalardan va begona jismlardan tozalanadi. Shikastlanish vaqtida qon yaraga kirib, unga nafaqat hujayra elementlarini, balki turli xil oqsillarni ham olib keladi, ular orasida fibrinogen eng katta ahamiyatga ega. Shikastlanishga birlamchi qon tomir javobi kuchli vazokonstriksiyadan boshlanadi va 5-10 minut ichida rivojlanadi. Trombotsitlarning yopishishi va agregatsiyasi natijasida qon tomir trombozi paydo bo'ladi. Keyin faol vazodilatatsiya jarayoni keladi. Odatda shikastlanish boshlanganidan taxminan 20 minut o'tgach o'zini namoyon qiladi va kapillyar o'tkazuvchanlikning oshishi bilan birga keladi. Vazodilatatsiya va tomir o'tkazuvchanligi uchun mas'ul bo'lgan asosiy kimyoviy vositachi gistamin bo'lib, u tomirlarning o'tkazuvchanligini taxminan 72 soat davomida oshiradi. Bu vaqtda yallig'lanish reaksiyasining birinchi klinik belgilari kuzatilishi mumkin - eritema va tomirlarning kengayishi, shish tufayli mahalliy haroratning oshishi. tomir o'tkazuvchanligining oshishi va shish natijasida interstitsial bosimning oshishi tufayli og'riq. Mutlaqo barcha yaralar yara jarayonidan o'tadi, ammo uning fazalarining zo'ravonligi boshqacha. Vazodilatatsiyaning natijasi yara devoridan to'qima suyuqligining chiqishi ("birlamchi himoya-biologik ta'sir"), bu 6-8 soat ichida pastki to'qimalarning

mikroblar va ularning toksinlari bilan aloqasini minimallashtiradi. Shikastlanish sohasidagi qon tomir o'tkazuvchanligi darajasining oshishi unga turli xil hujayra populyatsiyalarining, shu jumladan polimorfonukulyar leykotsitlar (PMN) va mononuklear leykotsitlarning kirib kelishiga asoslanadi. Ikkinchisi, ular etuk bo'lgach, avval yara makrofaglariga, keyin esa limfotsitlarga aylanadi. Jarohatdan keyin 4-6 soat ichida leykotsitlar diapidez (elaklash) orqali tomir devori orqali zararlangan hududga o'tadi. Infektsiya va begona jismlar bo'lmasa, yaradagi leykotsitlar soni kamayadi. Agar bakteriyalar yoki begona jismlar bartaraf etilmasa, yallig'lanish jarayoni davom etadi. Leykotsitlar bakteriyalarni yo'q qilish va yarani tozalash uchun gidrolitik fermentlarni chiqaradi. Leykotsitlarning ko'pchiligi yara yuzasiga qarab harakat qiladi va u erda o'ladi. Leykotsitlar migratsiyasi leykotsitlar tiqin hosil bo'lishini ta'minlaydi. Yallig'lanish bosqichi ko'payib borayotgan patogen bakteriyalar va devitalizatsiyalangan to'qimalar tomonidan qo'llab-quvvatlansa, fiziologik javob birlamchi travma ta'siridan ustun bo'lishi mumkin. Yarada 1-2 kundan keyin mononukulyar fagotsitar hujayralar va o'zgartirilgan makrofaglar paydo bo'ladi. Ular fibroblastlar bo'linishini va qon tomirlarining o'sishini faollashtiradigan va rag'batlantiradigan gemostaz va o'sish omillarini chiqaradi Jarohatdan keyin 3-4 kun ichida makrofaglar yarada dominant hujayra turiga aylanadi. Neytrofillardan farqli o'laroq, ular uzoq umr ko'rishadi va hatto davolanish jarayonida ham yarada. Makrofaglar nekrotik to'qimalar, begona jismlar va o'lik hujayralardan fagotsitoz orqali yarani tozalashning muhim funksiyasini bajaradi. Jarohatdan keyingi dastlabki 3-5 kun ichida organik moddalarning qoldiqlari utilizatsiya qilinadi va fibroblastlar va endotelial hujayralar yara ichiga ko'chiriladi. Yallig'lanish reaksiyasining davomiyligi va intensivligi hosil bo'lgan chandiq to'qimalarining miqdori va zichligini aniqlaydi.

II bosqich: proliferatsiya (regeneratsiya, suvsizlanish). Ushbu bosqichda yara hujayrali matritsa bilan to'ldiriladi - chandiq shakllanishi uchun asos bo'lib, kamayadi. Jarohatdan keyin 5 kundan 3 haftagacha davom etadi. Bu davrda biriktiruvchi to'qima ko'payadi. Fibroblastlar nafaqat kollagenni, balki proteoglikanlar, elastinni ham sintez qiladi, xolesterin sintezi, Krebs siklining



tugashi va glikoliz uchun zarur bo'lgan fermentlarni o'z ichiga oladi. Oddiy ishlashi uchun fibroblastlar B va C guruhi vitaminlari, kislorod, aminokislotalar va iz elementlarini talab qiladi. Fibroblastlar yallig'lanish fazasining oxirida yarada paydo bo'la boshlaydi va yara boshlanganidan keyin birinchi 2-3 kun ichida ular birinchi haftada hujayra populyatsiyalari orasida ustunlik qila boshlaydi. Yara fibroblastlari yarani davolash uchun zarur bo'lgan turli xil moddalarni, shu jumladan glikozaminoglikanlar (GAG) va kollagen ishlab chiqaradi. Yaradagi kollagen tarkibining ko'payishi jarohat kuchining oshishi bilan bog'liq. Proliferatsiya fazasi ham neoangiogenez bilan kechadi. Agar angiogenez qoniqarli bo'lmasa, fibroblastlarning ko'chishi to'xtaydi va yara bitishi to'xtaydi.. Ateroskleroz obliteransli bemorlarda ishemik yaralar bu hodisaning klassik namunasidir. Angiogenezning biokimyoviy stimulining manbai makrofaglar va trombositlardir. Shikastlanishdan keyingi birinchi haftada kollagen sintezining faolligi maksimal darajaga etadi va pishmagan kollagen fibrillalari gistologik ko'rinishga ega bo'ladi. Yarada oddiy ko'z bilan ko'rinadigan granulyatsiya to'qimasi hosil bo'lib, mikroblar uchun ozuqa moddalarini olish uchun to'siq bo'lib xizmat qiladi. Granulyatsiya to'qimasi rangsiz, ammo angiogenez tufayli u pushti yoki qizil rang oladi. Kollagen biriktiruvchi to'qimalarning muhim qurilish blokidir. Yaradagi kollagen tarkibi kollagen ishlab chiqarish va kollagenaz tomonidan degradatsiya o'rtasidagi muvozanat bilan tartibga solinadi. Ushbu muvozanatni sun'iy tartibga solish jarohatni davolash va chandiq hosil bo'lish jarayoniga aralashish uchun kengaytirilgan imkoniyatlarni beradi. Yara yuzasining qisqarishi yaraning qisqarishi tufayli ham sodir bo'ladi, bu jarayon orqali to'liq qalinlikdagi ochiq yaralar yuzasi jarohatni o'rab turgan terining butun qatlaminin markazga qarab harakatlanishi natijasida kamayadi. Shunday qilib, miofibroblastlarni o'z ichiga olgan granulyatsiya to'qimasi yaraning qisqarishiga hissa qo'shadigan o'ziga xos kontraktil organdir. Keyinchalik kollagen konlari va unda o'zaro bog'lanishlar hosil bo'lishi yaraning qisqarish darajasini oshiradi.

III bosqich: etuklik (qayta qurish). Bunday holda, yara yopiladi, chandiq to'qimalarining kuchi oshadi. Fibroplaziya paytida tasodifiy joylashgan kollagen

fibrillalar mexanik ta'sir kuchlarining yo'nalishiga qarab o'z joylarini o'zgartirib, yanada uyushgan tuzilmalarga aylanadi. Qayta qurish jarayonida ko'plab "eski" fibrillalar kollagenazlar tomonidan lizinglanadi, yangi fibrillalarning shakllanishi esa parallel ravishda davom etadi. Yaraga ta'sir qiluvchi kuchlarning yo'nalishi fibrillalarni yo'q qilishda muhim omil hisoblanadi. Gistologik jihatdan etuk chandiq to'qimalari buzilmagan to'qimalarga qaraganda kamroq qon tomirlari va hujayralarni o'z ichiga olgan parallel, zich kollagen to'plamlari bilan ifodalanadi. Qo'shni tomirlardan kapillyarlarning shoxlari paydo bo'lishi boshlanadi, yara ichiga kirib, halqalarda o'sadi. Kollagen sintezi pasaygan paytdan boshlab yuqori kislorod kuchlanishiga bo'lgan ehtiyoj yo'qolganligi sababli, bu qon tomirlarining ko'pchiligi saqlanib qolmaydi. Shunday qilib, jarohat kapillyarlar va hujayralarga boy to'qimalardan kuchli kollagen to'qimalardan tashkil topgan hujayra elementlarida nisbatan kambag'al chandiqqa aylanadi... Yarani davolashning fiziologik jarayonining natijasi kichik fibroz bilan nozik chandiq hosil bo'lishi, yara qisqarishi mavjud bo'lganda minimal bo'lib, deyarli normal to'qimalar tuzilishi va organ funksiyasiga qaytishdir. Biroq, chandiq hech qachon buzilmagan terining kuchiga etib bormaydi. O'tkir yaralar yuqoridagi barcha davolash bosqichlarini izchil va o'z vaqtida o'tadi. Surunkali yaralar bilan solishtirganda, shifo kechikadi yoki ba'zida yo'q.

Surunkali yaralar ko'pincha uzoq vaqt davomida yallig'lanish bosqichida qoladi va ularning davomiyligi bakterial yuk, nekrotik to'qimalar va jarohat joyining namlik balansi kabi omillar bilan bog'liq. Bundan tashqari, agar kasallikning ildizi davolanmasa, surunkali yaralarning qaytalanish xavfi juda yuqori [23]. Darhaqiqat, surunkali yaralar hech qachon davolanmaydi yoki shifo topish uchun yillar kerak bo'lishi mumkin. Shuning uchun bosqichni hal qilish va bunday inhibe qiluvchi omillarni bartaraf etish muhimdir. Yarada yuqumli jarayonning rivojlanishi quyidagi parametrlarga bog'liq:

Patogenlik - qo'zg'atuvchining o'ziga xos xususiyati bo'lib, u qo'shimcha moslashuvsiz ko'payish va organizmda ma'lum patologik o'zgarishlarni keltirib chiqarish qobiliyatini tavsiflaydi;

Mikroorganizmning virulentligi, ya'ni. patogenlik darajasi - infeksiyon jarayonning rivojlanishiga va/yoki tajribada olingan ma'lum turdagi hayvonlarning ko'pchiligining o'limiga olib keladigan tirik mikroblarning yoki ularning toksinlarining eng kichik soni;

Invazivlik - mikroorganizmning tananing himoya to'siqlarini engib o'tish, organlar, to'qimalar va bo'shliqlarga kirib borishi, ularda ko'payishi va makroorganizmning himoya vositalarini bostirish qobiliyati;

Toksiklik - mikroorganizmning metabolik funksiyalarini o'zgartirib, makroorganizmga salbiy ta'sir ko'rsatadigan toksinlar hosil qilish qobiliyati;

Bemorning immuniteti holati;

### **Yarani bitishi**

Yarani bitish jarayonining uch turi mavjud:

- I. Birlamchi taranglik
- II. Ikkilamchi taranglik
- III. chandiqlanish

**I toifa** Birlamchi bitish Bunday davolanishga erishishning eng keng tarqalgan usuli - dastlab tikuv, elim yoki yopishqoq lenta yordamida yaraning epidermal qirralarini tekislashdir.



Bunga katta nuqsonlar bo'lgan taqdirda to'qima va qopqoqlarni payvandlash orqali ham erishish mumkin. Yaraning bo'shlig'ida infeksiya yoki begona jismlar

yo'qligiga to'liq ishonch bilan faqat yaraning qirralarini kamaytirish mumkin. Bunday usullarning afzalliklari bemor uchun jarohatni davolashning qulayligi, tananing shikastlangan qismining funksiyasini tezda qaytarish va ajoyib kosmetik ta'sirdir. Yarani tikishda bir nechta muhim tafsilotlarni yodda tutish kerak:

1. Yaraning chetlari keskinliksiz tekislanadi, chunki kuchlanish teri nekroziga olib keladi. Agar jarohat kuchlanishdan foydalanmasdan yopilmasa, boshqa variantlarni ko'rib chiqish kerak (mahalliy ta'mirlash, o'lchagan kuchlanish va boshqalar).
2. Torso va oyoq-qo'llarning terisidagi tikuvlar 7 dan 10 kungacha joyida qolishi kerak.
3. Yuz va bo'yin ustidagi tikuvlar 4 kundan ortiq bo'lmagan joyda qolishi kerak.
4. To'qimalarda ishemiya rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik uchun tikuvlar ishonchli, lekin mahkam bo'lmasligi kerak.
5. Reaktivligi past bo'lganligi sababli teriga monofilament so'rilmaydigan iplar qo'llanilishi kerak.
6. Chuqur to'qimalarga tikilgan tikuvlar so'rilishi va ko'proq "bardoshli" to'qimalarga (yog'li to'qimalar o'rniga mushak yoki dermis o'rniga fastsiya) joylashtirilishi kerak. Birlamchi niyat bilan, qoida tariqasida, jarrohlik aralashuvdan keyin yaralar yoki kesilgan yaralar davolanadi, chunki ularning qirralari silliqdir.

**II toifa:** ikkilamchi bitishi. Yaraning chetlarini katta chuqurlikda birlashtirishga alternativa, uni o'z-o'zidan yopilguncha ochiq qoldirishdir. Klassik tarzda, bunday yaralar "ho'l qurituvchi" bog'ichlardan foydalangan holda davolanadi, bu erda ho'l ro'molcha yara bo'shlig'ini o'rab oladi, quruq esa kirish teshigini yopadi. Birinchisi quriganida, kuniga bir yoki ikki marta kiyinish orqali o'zgartiriladi, shikastsiz tozalashni ta'minlaydi. Nozik granulyatsiya to'qimasi asta-sekin yara bo'shlig'ini pastki qismdan to'ldiradi. Epiteliya to'qimasi yaraning bir chetidan ikkinchisiga granulyatsiya orqali o'ta olmaydi, shuning uchun ikkilamchi niyat bilan davolash asosan qisqarish tufayli sodir bo'ladi. Biroq, miyofibroblastlarning markazlashtirilgan harakati bilan qisqarishi faqat qorin yoki

dumba kabi atrofdagi terining "zaxira" miqdori bo'lgan anatomik joylarda mumkin va bosh terisi, old oyoq yuzasi kabi joylarda sodir bo'lmaydi. Yarani ochiq qoldirish usulining kamchiliklari shifo topgunga qadar kundalik bog'lash zarurati bo'lib, bu biroz vaqt talab etadi va yakuniy natija qo'pol, yoqimsiz chandiqlar. Yarani davolashning ushbu usulining yagona afzalligi shundaki, doimiy kiyinish bilan yarada infeksiyaning rivojlanishi deyarli mumkin emas. Таким образом, вторичное натяжение применимо к высоко контаминированным и инфицированным ранам, таким как, подкожные флегмоны.



**III tur:** qoraqo'tir ostida shifo.

Faqat kichik yuzaki yaralar bilan paydo bo'ladi. Yara yuzasida qon pıhtısı hosil bo'ladi, so'ngra quriganida qoraqo'tir hosil bo'ladi. Qo'tir ostida epidermis tezda tiklanadi va 3-7 kundan keyin nozik va ko'rinmas chandiqlar shakllanishi bilan qoraqo'tir rad etiladi. Vaqtdan oldin rad etilganda, qoraqo'tir shikastlanganda yoki uning ostida yiringli eksudat to'plangan bo'lsa, yara ikkilamchi niyat bilan davolanadi. Bunday yuzaki jarohatlar bilan og'rigan bemorlar kamdan-kam hollarda jarrohdan maxsus yordam

**so'rashadi va shifo tabiiy ravishda, tashqi aralashuvsiz sodir bo'ladi.**



### **YARALARNING SEKIN BITISHI SABABLARI.**

O'tkir yara odatda 5 kundan 2 haftagacha jarohatni davolash siklining proliferativ bosqichiga o'tadi, so'ngra 2 yil davom etishi mumkin bo'lgan qayta qurish bosqichiga o'tadi. Yarani davolashning buzilishining mumkin bo'lgan sabablari jadvalda keltirilgan. 1. Klinik jihatdan bunday yaralar nekrotik to'qimalarning mavjudligi, hosil bo'lgan granulyatsiya to'qimalarining yo'qligi, o'z-o'zidan epitelizatsiyaning yo'qligi, infektsiyaning mavjudligi va mahalliy qon ta'minotining buzilishi belgilari bilan tavsiflanadi. Yaraning bitishini buzadigan kamdan-kam tizimli omillarga ham kiradi [ 7, 10]:

- kollagen sintezining buzilishi, qoida tariqasida, ortiqcha sintez (genetika tufayli, Negroid irqida ko'proq uchraydi);
- qon ivish tizimining buzilishi, trombositopeniya;
- vitamin etishmasligi (A vitamini);
- mikroelementlarning (Zn) etishmasligi;
- lipoid nekrobioz;
- tugallanmagan osteogenez;
- elastik psevdoksantoma;
- Elers-Danlos sindromi;
- bo'shashgan teri sindromi (kutislaksa);
- progeriya.

Jadvalda keltirilgan DIDNTHEAL mnemonik formulasi ishlab chiqilgan (yara tuzalmadi - yara tuzalmadi) [11].

Ammo, agar shifolashning fiziologik mexanizmida har qanday og'ishlar bo'lsa va u odatdagi shifo yo'liga ergashmasa, u bosqichlardan birida to'xtashi mumkin. Yarani davolash toifasidagi bunday holat surunkali davolanmaydigan yaralar deb ataladi, ular odatda normal jarohatni davolash uchun tizimli jarayondan o'tmaydi. Surunkali tirnash xususiyati, yara infeksiyasi, bakterial oqsilni ushlab turish va qonning etarli darajada ta'minlanmaganligi jarohatni davolashning kechikishining asosiy sabablari hisoblanadi [19].

**Jadval. Yaralarni sekin bitishi sabablari algoritmi**

<b>Formula</b>	<b>Ma'nosi (shifrnı ochish)</b>	<b>Izoh</b>
<b>D</b>	<b>Diabetes</b> (qandlı diabet)	Tashxis qo'yilmagan yoki kompensatsiyalanmagan qandlı diabet tufaylı yaralarnı davolashning buzilishi.
<b>I</b>	<b>Infection</b> (infeksiya)	Infeksiyaga tashxis qo'yilmaganligı, yoki etarli darajada antibakterial davoning yo'qligi
<b>D</b>	<b>Drug (Dori)</b>	Dori vositalarining salbiy tizimli ta'siri (sitostatiklar, gormonlar) yoki malhamlar / bog'lamlarning mahalliy salbiy ta'siri
<b>N</b>	<b>Nutrition</b> (oziqlanish)	Gipoproteinemiya, ferment etishmovchiligi
<b>T</b>	<b>Tumor</b> (o'sma)	Surunkali yara / yaraning malignizasiyasi
<b>H</b>	<b>Hypoxia</b> (gipoksiya)	Arterial etishmovchilik
<b>E</b>	<b>Edge</b> (chekka) раны)	Jarrohlik yo'li bilan olib tashlashning etarli emasligi
<b>A</b>	<b>Anotherwound</b> (boshqa yara)	Turli patologik jarayonlar o'rtasidagi "raqobat"
<b>L</b>	<b>Lowtemperature</b> (gipotermiya)	Qon ta'minotining etarli emasligi yoki takroriy termik shikastlanish

Gemostaz bosqichida qon yo'qotilishining oldini olish va vazokonstriksiya tufayli mikroblarning ifloslanishini oldini olish uchun jarohat joyida fibrin pıhtısı hosil bo'ladi [19]. Shundan so'ng, yallig'lanish bosqichi deyarli darhol boshlanadi. Bu jarayonda neytrofillar yaradagi mavjud bakteriya hujayralarini o'zlashtiradi va proteaz va mikroblarga qarshi peptidlarni ajratib, yarani zararsizlantiradi. Monotsitlar, shuningdek, apoptotik neytrofillarni o'ldirish uchun makrofaglariga ajralib chiqadi, ular sitokinlarni va uzluksiz jarohatni davolash jarayoni uchun bir nechta o'sish omillarini chiqaradi. Bu bosqich ko'pincha teri jarohatidan keyin 2-5 kun davom etadi [20]. Uchinchi faza yoki ko'payish bosqichi odatda jarohatdan keyin 5 kundan 3 haftagacha sodir bo'ladi va hujayra ko'payishi va migratsiyasidan iborat. Ushbu bosqichda fibroblastlar ECM komponentlarini (masalan, fibronektin, gıaluron kislotasi, kollagen va proteoglikan) va yangi qon tomirlarini ishlab chiqarish, shuningdek, qayta epitelizatsiya qilish uchun jarohat joyiga ko'chib o'tadi [19]. Nihoyat, qayta qurish bosqichida yangi sintezlangan hujayradan tashqari matritsadaagi kollagen III asta-sekin sog'aygan teriga kuchlanish kuchini oshirish uchun ko'proq tartiblangan panjara tuzilishiga ega bo'lgan kollagen I bilan almashtiriladi. Keyinchalik, bu bosqich jarohatdan keyin 3 haftadan 2 yilgacha (ba'zan 2 yildan ortiq) o'zgarib turadi va jarohatdan keyin boshlangan barcha jarayonlar ushbu bosqichda to'xtaydi.

### **YARALARNI DAVOLASH TAMOYILLARI**

Yaralar etiologiyasi va patogenezining murakkabligi, ko'p faktorli tabiati, keyinchalik mumkin bo'lgan infeksiya bilan, quyidagilarga qaratilgan terapevtik choralarni talab qiladi:

- yarani nekrotik va jonsiz to'qimalardan tozalash;
- shishlarni bartaraf etish, mikrosirkulyatsiyani tiklash, biokimyoviy jarayonlarni normallashtirish orqali nekroz zonalarini o'rab turgan to'qimalarning hayotiyligini tiklash;
- tizimli buzilishlarni bartaraf etish (mikrosirkulyatsiya, proteoliz, metabolik jarayonlar, o'pka, granulomonopoez, immunogenez);
- yara infeksiyasining qo'zg'atuvchilarini bostirish.



Bu vazifa jarohatni davolashning jarrohlik va konservativ usullarining kombinatsiyasi bilan mumkin.

### **JAROHLIK DAVOLASH METODLARI**

Yara infeksiyasi bilan murakkablashgan yaralarni jarrohlik yo'li bilan davolashning hozirgi tendentsiyasi uchta asosiy komponentni o'z ichiga olgan faol jarrohlik davolash tamoyilidir:

- yiringli fokusni jarrohlik yo'li bilan davolash;
- yara yuzasini erta yopish;
- faol drenaj.

Ikkilamchi jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar masalasi shikastlanishdan 3-5 kun o'tgach hal qilinishi kerak, chunki aynan shu davrlarda travma tufayli to'qimalarning qon ta'minoti buzilishi natijasida ikkilamchi nekrozning shakllanishi tugaydi.

Birlamchi yoki ikkilamchi jarrohlik davolash (PHO va WMO) yordamida yara infeksiyasining oldini olish va davolash maqsadlariga erishishda hal qiluvchi ahamiyatga ega:

1) yumshoq to'qimalar va fassial bo'shliqlarni kesish, bu nafaqat yarani yaxshi tekshirishga, balki shishgan to'qimalarni dekompressiyalash va ularning qon bilan ta'minlanishini yaxshilash orqali to'qimalarning hayotiyligini tiklashga imkon beradi;

Terini maksimal darajada saqlab qolish va terini tiklash uchun birinchi oqilona imkoniyatga intilish kerak;

2) jarohatni davolashning biologik bosqichi sifatida yarani nekrotik va yashovchan bo'lmagan to'qimalardan tozalashni ta'minlaydigan, tanani yiringlash zaruratidan xalos qiladigan kesish va bu jarayon uchun keraksiz energiya xarajatlari. KT ning asosiy elementi sifatida eksizyon hajmi quyidagilar bilan belgilanadi:

- nekroz chegaralari;
- tirik to'qimalarning yiringli va seroz yallig'lanish chegaralari; - zararlangan to'qimalarning turi;

- anatomik va funksional maqsadga muvofiqligi;
- konservativ davo yordamida yara infeksiyasidan ta'sirlangan to'qimalarni saqlab qolish imkoniyatlari;

Surunkali yarani o'tkir holatga o'tkazish uchun nekrektomiya kasalxonada aseptika va antiseptiklarga rioya qilgan holda behushlik bilan amalga oshiriladi. Shu bilan birga, ekssudatsiya sezilarli darajada kamayadi, mikrobiologik tadqiqotlar uchun etarli materialni olish mumkin, epitelizatsiya boshlanishidan oldingi vaqt va davolashning umumiy davomiyligi kamayadi va yuqumli asoratlar xavfi kamayadi.

Yarani davolashda nekrektomiyaning asosiy qo'llanilishi:

- to'qima nuqsonini bir vaqtning o'zida plastik jarrohlik bilan nekrektomiya (nekrektomiya paytida infeksiya o'chog'ini to'liq yo'q qilish bilan foydalaniladi);
- ikkinchi bosqichda plastik nuqsonli nekrektomiya (agar radikal jarrohlik davolashni amalga oshirishning iloji bo'lmasa, kerak bo'lganda, takroriy nekrektomiya);
- ikkilamchi kuchlanish bilan yara bitishi bilan nekrektomiya (yaraning kichik o'lchami bilan, ikkilamchi shifo vaqti va plastmassa bilan davolash vaqti bir xil bo'lganda).

Nekrektomiyadan so'ng, jarohatni keyingi davolash yara jarayonining bosqichlariga ko'ra, bog'ichlardan foydalangan holda amalga oshiriladi.

3) tashqi muhit va infeksiyaga chidamliligi past bo'lgan to'qimalar o'rtasida to'qima to'siqlarini (teri, mushak) yaratish, ehtiyotkorlik bilan gemostaz, gematomalar, cheklangan bo'shliqlar paydo bo'lishining oldini olish, yara infeksiyasining qo'zg'atuvchilarini bostirishni ta'minlash uchun maqbul sharoitlarni bartaraf etish orqali. kolonizatsiya va ko'payish;

4) yara infeksiyasi bilan asoratlangan yaralarni jarrohlik davolashda, asosan umumiy behushlikdan foydalanish.

### **Yaraning yopilishi**

Mahalliy yuqumli jarayonni tugatishning ajralmas sharti tashqi va ichki muhit o'rtasidagi to'siq sifatida integumental to'qimalarni tiklashdir.

Tikuv tikish uchun ko'rsatmalar quyidagilar:

1. Yarani o'lik va yashovchan bo'lmagan to'qimalardan to'liq tozalash, yuqumli o'choqni jarrohlik yo'li bilan davolash va konservativ davo bilan erishiladi.

2. Yaraning atrofi terisida aniq yallig'lanish o'zgarishlarining yo'qligi.

3. Haddan tashqari kuchlanishsiz yaraning chetlarini adekvat moslashtirish qobiliyati. Agar yaraning chetlarini tarangliksiz birlashtirish qiyin bo'lsa, u holda teriga payvandlash ko'rsatiladi.

### **YARALARNI DRENASHLASH**

Ko'pgina hollarda jarrohlik aralashuvning oxiri drenajni o'rnatishdir. Passiv va faol drenaj usullarini farqlang.

Passiv drenajlash - gazli tamponlar, rezina (qo'lqop) bitiruvchilari va turli diametrli bitta quvurli drenajlardan foydalanish - faqat radikal jarrohlik davolashdan o'tgan va yara infeksiyasining belgilari bo'lmagan yaralarni davolashda tavsiya etiladi. Passiv drenajlash usullari samarasiz bo'lib, ko'pincha bemorga bevosita zarar etkazadi, chunki ular yiringning fizik-kimyoviy xususiyatlaridan kelib chiqqan holda yara oqimining chiqib ketishida qiyinchiliklarga olib keladi.

Faol drenaj - tarkibni olib tashlash

yara bo'shlig'i, salbiy bosim hosil qilish orqali. Ko'rishlar:

- aspiratsion drenajlash va yara bo'shlig'idan oqishni olib tashlash;

- yara bo'shlig'ini lavaj bilan drenajlash;

- aspiratsiya va lavajli drenaj.

Maqsadlarga, vazifalarga, patologik jarayonning lokalizatsiyasiga qarab, jarrohlik amaliyotida dizayn xususiyatlari, ishlatiladigan material, funktsional afzalliklar va xususiyatlar bilan farq qiladigan drenajlar qo'llaniladi. Operatsion yaralar va bo'shliqlarni drenajlash (ingliz tilidan - drenajlash, bo'shatish) - bu operatsiyada o'rnatilgan turli xil yo'naltiruvchi qurilmalar yordamida turli xil kelib chiqishi va anatomik shakllanish bo'shliqlaridan tashqariga to'siqsiz oqishi uchun sharoit yaratishga qaratilgan manipulyatsiya. yara yoki drenajlangan bo'shliq.

Har bir usul o'zining afzalliklari va kamchiliklariga ega. Muvaffaqiyatli drenaj faqat asosiy shartlar bajarilgan taqdirda mumkin: drenaj suyuqlik to'planadigan joylarda joylashgan bo'lishi va o'tish mumkin bo'lishi kerak.

Drenaj quyidagicha bo'lishi kerak:

1. Atrofdagi to'qimalarni shikastlamaslik uchun yumshoq;
2. Smooth - fibrin yopishishini oldini olish va oson olib tashlash uchun;
3. Radiopak materialdan tayyorlangan (afzal);
4. Yarada bardoshli, buzilmaydigan materialdan tayyorlangan;
5. Operatsiya yarasi orqali emas, balki qarshi zarba orqali chiqariladi;
6. Biz o'tamiz va suyuqliklar to'plangan joylarda bo'lamiz;
7. Drenaj yarada ham, uning tashqarisida ham burilmasligi kerak.

Passiv va faol drenaj usullarini farqlang. Passiv usullarga quyidagilar kiradi: gazli tamponlar, kauchuk (qo'lqop) bitiruvchilari va turli diametrli bitta quvurli drenajlardan foydalanish. Bunday mablag'lardan foydalanish kelgusi soatlarda (doka tamponlari) yoki operatsiyadan keyingi kunlarda seroz eksudatning chiqib ketishini ta'minlaydi. Passiv drenajda drenaj (va qabul qiluvchi) gravitatsiyaviy drenajni ta'minlash uchun, ya'ni yuqoridan pastgacha joylashtiriladi.

Doka va paxta-doka drenajlaridan foydalanish kiyinish materialining gigroskopik xususiyatlariga asoslanadi. Doka salfetkalari ko'proq yuzaki yaralar uchun ishlatiladi. Bir qator kamchiliklar gazli drenajlardan foydalanish bilan bog'liq. Ular faol granulyatsion yaradan chiqarilganda, nozik, oson himoyasiz granulyatsiya to'qimalari o'sib borishi, doka tuzilishiga yopishishi tufayli shikastlanadi. Ko'pincha doka drenajlari infeksiyaga kirish eshigi hisoblanadi.

Yana bir noqulay xususiyat shundaki, doka drenajlari, ayniqsa mahkam o'ralgan holda, yaradan chiqishda quriydi va drenajlashni to'xtatadi, bundan tashqari ular yiring va ekssudatning chiqishini kechiktiradigan tiqinga aylanishi mumkin. Yara infeksiyasi bilan asoratlangan yaralarni davolash uchun bu drenajlash usullari samarali emas va ko'pincha bemorga to'g'ridan-to'g'ri zarar etkazadi, chunki ular yiringning fizik-kimyoviy xususiyatlaridan kelib chiqqan holda yara oqimining chiqib ketishini qiyinlashtiradi. Turli xil gazli tamponlar Mikulichning tamponidir.

U yaraning pastki va devorlariga joylashtirilgan katta gazli peçete va hosil bo'lgan sumkaga to'ldirilgan gazli tamponlardan iborat.

Tamponlar yara oqishi bilan ho'llanganligi sababli, oqindi chiqarish to'xtaguncha ular yangilari bilan almashtiriladi. Shundan so'ng, ro'molchaning o'rtasiga tikilgan ipni tortib, u chiqariladi.

"Sigara shaklidagi" drenaj qo'lqopning kesilgan "barmog'i" ga gazli tampon kiritilganda ajoyib qobiliyatga ega - tamponning qirralari qurib ketmaydi va drenaj funksiyasi buzilmaydi. Passiv drenajlash uchun kauchuk bitiruvchilar eng ko'p ishlatiladi, masalan, jarrohlik qo'lqoplarining chiziqlari.

Passiv drenaj uchun quvurli drenajlardan foydalanish ham keng tarqalgan. Bu hozirgi vaqtda eng keng tarqalgan drenaj usuli hisoblanadi. Yaxshi drenaj yumshoq PVX va silikondan tayyorlangan quvurli drenajlar bilan ta'minlanadi. Naychada 3-4 lateral teshiklar hosil bo'lib, qorin bo'shlig'iga botiriladi, ular orqali patologik tarkib oqib chiqadi.

#### **•YARALARNI KONSERVATIV DAVOLASH TAMOYILLARI**

**•YARALASH JARAYONINING I-BOSHQACHIDA MAHALLIY YARALARNI DAVOLASH MAQSADLARI:**

- Mexanik stressdan himoya qilish;
- Bakteriyalarni, toksinlarni, nekrotik to'qimalarni olib tashlash;
- Optimal namlikni saqlash;

Kombinatsiyalangan ta'sirga ega bo'lgan dorilarni qo'llash maqsadga muvofiqdir - mikroblarga qarshi, og'riq qoldiruvchi, suvsizlantiruvchi va yallig'lanishga qarshi.

#### **YARALARNI DAVOLASHNING II BOSQICHDA VAZIFALARI:**

Yara jarayonining ikkinchi bosqichi granulyatsiya paydo bo'lishi, yaralarning bakterial ifloslanish darajasining sezilarli darajada pasayishi va hatto ularda yiringli mikrofloraning yo'qligi, yallig'lanish reaksiyasini bostirish, devitalizatsiyalangan to'qimalarning yo'qligi bilan tavsiflanadi. va perifokal infiltratsiya.

Shunga ko'ra, granulyatsiyalangan yaralarni davolash uchun kombinatsiyalangan dorilar ularga quyidagi ta'sir turlariga ega bo'lishi kerak:

• jarohatda granulyatsiya to'qimalarining rivojlanishini rag'batlantirish va uni mexanik shikastlanishdan himoya qilish;

• jarohatda qolgan mikrofloraning hayotiy faolligini bostirish va qayta infektsiyani rivojlanishining oldini olish;

• yaraga mo'tadil namlikni yutuvchi ta'sir ko'rsatish, granulyatsiya to'qimalarining "ortiqcha qurishi" ni oldini olish.

#### **YARALARNI DAVOLASHNING III BOSQICHDA VAZIFALARI:**

• Yarani o'rtacha darajada nam saqlash;

• Bog'lamlarni almashtirish paytida epiteliy va shakllantiruvchi chandiqni mexanik shikastlanishdan himoya qilish;

• regeneratsiyani rag'batlantirish

• Chandiqni qayta tashkil etish bosqichidagi vazifa - epitelizatsiyani tezlashtirish.

Yarani davolash tushunchasining evolyutsiyasi uchta asosiy bosqichda. Bundan tashqari, keyingi bosqichlarning har biri rad etmaydi, lekin avvalgisini to'ldiradi.

I bosqich. Nam yaralarni davolash nazariyasi (1962). Quruq bog'lash bilan solishtirganda nam muhitda yarani davolashning afzalligi ko'rsatilgan. Yangi kiyimlar, hidrofilik malhamlarning paydo bo'lishi. Lipofil moddalarning rolini kamaytirish [1, 12, 13].

II bosqich. Yara jarayonining bosqichiga ko'ra yaralarni davolashga tabaqalashtirilgan yondashuv (1992) Etiologiyasi va bosqichiga qarab yaralarni differentsial davolash. Zamonaviy kiyimlarning paydo bo'lishi. Genetik muhandislik texnologiyalari, terining biosintetik analoglari yaralarga qo'llanilishining boshlanishi [14-16].

III bosqich. Yara bazasini davolash nazariyasi "Yara to'shagini tayyorlash" (2000). Surunkali yarani o'tkirga aylantirish zarurati. Surunkali yaralar tagida va chetida joylashgan hujayralarning eksudat va fenotipik etishmovchiligida yuqori darajadagi proteazlarning aniqlanishi [17, 18].

Shunday qilib, hozirgi bosqichda 2 haftadan ortiq davolanmaydigan yaralarga nisbatan quyidagi strategiya tavsiya etiladi [19-21]:

- jarrohlik davolash - nekrektomiya;
- etarli darajada drenaj;
- nam muhitda yarani davolash;
- optimal antiseptiklardan foydalanish, sitotoksik vositalarni rad etish;
- yara jarayonining bosqichlariga ko'ra zamonaviy bog'ichlardan foydalanish;
- zarur moddalarni yaraga surtma va bog'lamlar yordamida tashish;
- yaralarni davolash uchun samaradorligi tasdiqlangan qo'shimcha mablag'lardan foydalanish.

Ideal kiyinish materiali quyidagi parametrlarga ega bo'lishi kerak [2, 7, 24]:

- jarohatda nam muhitni ta'minlash;
- antibakterial ta'sirga ega;
- adekvat gaz almashinuvini ta'minlash;
- eksudatni samarali olib tashlash;
- issiqlik yo'qotilishining oldini olish;
- ikkilamchi infeksiyani oldini olish

yaralar va atrof-muhitning ifloslanishi;

- toksinlarni o'z ichiga olmaydi;
- yopishqoqlikka qarshi xususiyatlarga ega;
- mexanik kuchga ega;
- uzoq vaqt davomida saqlanishi;
- xodimlardan qo'shimcha malaka talab qilmaslik; • har qanday sirt yoki

bo'shliqqa moslashish;

- Bog`lam materialini tez-tez o'zgartirishni talab qilmang;
- ishlab chiqarish arzon bo'lishi.

### **Yarani davolash istiqbollari**

Kelgusi yillarda yaralarni davolashda qo'llanilishi mumkin bo'lgan asosiy ilmiy yutuqlar quyidagilardir:

- sog'lom va o'zgargan to'qimalarning chegaralarini ob'ektiv belgilash bilan nekrektomiyaning zamonaviy fizik usullarini qo'llash;
- fibroblastlar va keratinotsitlardan foydalanish;
- jarohatda boshqariladigan bakterial muhitni yaratish;
- tanqidiy ishemiya sharoitida yaralarni/yaralarni muvaffaqiyatli davolash imkoniyati uchun jarrohlik revaskulyarizatsiya usullarini keng joriy etish;
- gravitatsiya terapiyasidan foydalanish;
- mahalliy terapiya uchun yangi antibakterial moddalarni olish.

### **AMALIY QISM**

#### **KLINIK VAZIYATLI MASALALAR.**

*Ko'chada janjalashish oqibatida yigitning qoringa utkir jism bilan urildi. U kasalxonaga yolg'iz o'zi keldi. Qabul bo'limi jarroh tomonidan kurildi. QB 120/70 mm.Hg.ust., puls 1 daqiqada 72 marta uradi. Qorin yumshoq, qorinning chap yarmida joylashgan shikast nuqta jarohati joyida og'riq bor va oz miqdorda qon ajralmoqda. Bemorning ahvoli qoniqarli deb hisoblanadi, jarroh jarohatiga ishlob berib, uyiga qo'yib yubordi va ertasi kuni kelishni maslahat berdi. Kechqurun bemorning ahvoli yomonlashdi, qorin bo'shlig'ida kuchli og'riq paydo bo'ldi va bemor holsizlandi. Uydagilar tez yordam chaqirishti.*





1. Jarrohni harakati to'g'rimi?
2. Tasnifga ko'ra bemorda qanday jarohat mavjud?
3. Bu jarohat tasodifiymi, agar shunday bo'lsa, nima uchun.
4. Agar siz shu joyda shifokor bo'lganingizda nima qilgan bo'lar edingiz?
5. Bemorni kasalxonaga yotqizish kerakmi yoki yo'qmi?

*Qabulbulimiga 30 yoshgagi bemor olib kelindi. Bir kun oldin, ishda u shishadan jarohat olgan. 3 sm dan 0,5 sm gacha chiziqli yara yuzda, peshonada joylashgan. Yara ko'rilganda shish va qizarish yo'q edi va qon ajralib turildi. Jarroh jarohatni spirt eritmasi bilan yuvib, qon tuhtatti (10 daqiqa bosib turib) va u tuhtagandan keyin aseptik boglov quydi.*



1. Jarrohni harakati to'g'rimi?
2. Tasnifga ko'ra bemorda qanday jarohat mavjud?
3. Aniseptikani qaysi turini qullanilmadi?
4. Agar siz shu joyda shifokor bo'lganingizda nima qilgan bo'lar edingiz?
5. Bemorni kasalxonaga yotqizish kerakmi yoki yo'qmi?

*Klinikaga 40 yoshli bemor olib kelindi. Bemor daraxtlarni bolta bilan butaganda, o'ng bilak sohasiga tasodifan shikast etkazgan. Og'rig va jarohatdan qon oqish shikoyat bilan kelgan. Mahaliy kurinishi rasmda keltirilgan. Bemorni tekshirgandan so'ng, jarroh: "O'ng bilak uchdan bir qismida yirtilgan yara" degan tashxis qo'ydi. Yara vodorod periks eritmasi bilan yuvilgan va tikildi. Qoqsholga qarshi emlandi.*



1. Jarohatnimahaliy (status localis) kurinishinitasvirlabbering.
2. Shifokorharakatlari to'qrimi.
3. Tasnifga ko'ra bemorda qanday jarohat mavjud?
4. Aniseptikani qaysi turini qullanilmadi?
5. Qushimchatekshiruvlarkerakmi?

*47 yoshli bemor jarrohlik bo'limiga etkazilgan. Taxminan 1/2 soat oldin u begona uyiga, o'qirlik maqsadida panjaradan oshib utdi va uyidagi itlar uni taladi(bulteryer). Bemorning ahvoli uta og'ir. Q/B 60/40 mm Hg ustPuls 50 marta. Bosh sohasida, rasmda keltirilgan jarohat. Aseptik boglov quildiva operation honasiga olib kirildi.*



1. Tasnifga ko'ra bemorda qanday jarohat mavjud?
2. Siz qabuldagi shifokor, jarohatnimahaliy (status localis) kurinishini, kasalivaraqasigatasvirlabbering.
3. Aniseptikani qaysi turini qullaniladi?
4. Qushimcha tekshiruvlar kerakmi?
5. Tuqmalda kelajakda nima uzgarishlar bulishi mumkin?

*Dalada ishlab yurgan dehqoni kaftidan ilonchaqqan. Qulni sovun bilan yuvdi va doka bilan boqlab ishni davom etirdi. 2 soatdan song, bemorda kuchli oqriqva shish bezofta qilgan. QVP (qishloq vrach punkti)ga murojat qildi. Jarohatni kurinishi quidagicha:*



1. Qanday zahar moddalar jarrohatda mavjud.
2. Qanday asoratlarga olib kelishi mumkin.
3. Jarohatni mahaliy (status localis) kurinishini, kasali varaqasiga tasvirlab bering.
4. Tuqmalda kelajakdanimauzgarishlarbulishimumkin?
5. Bemorga keynchalik jarrohlik amaliyotlar amalga oshish mumkinmi.

*Bir soat oldin ko'krigiga o'q tekkan yaradorni kasalxonaga olib kelishgan. Yaraga aseptik bog'lamlar qo'llanildi. Vaziyati og'ir. Yaralar sohasidagi og'riqlar, nafas qisilishi. QB - 100/60 mm Hqust., yurak urishezligi - daqiqasiga 108 zarba. Yaraning turi rasmda ko'rsatilgan.*



1. Yaralarning mahaliy kurinishini tasvirlab bering.
2. Oq bilan keltirilgan jarohatni og'irligi aniqlanadi.
3. O'q bilan keltirilgan jarohatni o'ziga xos xususiyatlarini ko'rsating.
4. Boshqa turdagi yaralardan o'q bilan keltirilgan jarohatni shakllanish mexanizmi o'rtasidagi asosiy farq.
5. O'q bilan keltirilgan jarohatida qanday zonalar mavjud?

*Bemorning qornida pichoq bilan jarohat etkazilgan. Bemorga laparatomiya, jigar, yirtilgan qismini tikish jarohlik amaliyoti bajarilgan, va bemor reanimatsiya bo'limigao'tkazildi. Operatsiyadan keying davrda, boglam kup miqdorda qon bilan namlangan, rasmda ko'rsatilgan.*



1. Bemorda nima rivojlangan?
2. Operatsiya paytida bemorda antiseptikaning qaysi turi qo'llanilmagan?
3. Qushimcha tekshiruv kerakmi?
4. Qanday qon tahlillar o'tkazish kerak?
5. Keyinchalik nima qilish kerak?

*Bemorga chap chov sohasida, yirtilgan jarohati buyicha, birlamchi ishlov bajarildi. Ikki kundan song jarohatdan hidli suyqlik ajralishi kuzatilgan va atroflari qizargan. Rasimni kuring*



1. Bemorda nima rivojlangan. Tasvirlab bering.
2. Qushimcha tekshiruv kerakmi?
3. Keyinchalik nima qilish kerak?
4. Qanday qon tahlillar o'tkazish kerak?
5. Bitishi qanday buladi.



## TESTLAR

1. Tana bo'shliqlariga nisbatan yaralar quyidagilarga bo'linadi.
  - A) sanchilgan, kesilgan, o'q otilgan
  - B) teshib o'tgan, tegib o'tgan, ko'r
  - B) kirib boruvchi, kirmaydigan
  - D) suyultirilgan, o'q otilishi
  - D) jarrohlik, jangovar, tasodifiy
2. Anatomik lokalizatsiya bo'yicha tasniflanganda yaralar ajratilmaydi:
  - A) asosiy qon tomirlari
  - B) boshlar
  - B) bo'yin
  - D) ko'krak
  - D) qorin
3. Kuzin bo'yicha yara jarayonining birlamchi bosqichi deyiladi:
  - A) qon tomir reaksiyalarining fazasi
  - B) hujayra reaksiyalarining fazasi
  - B) regeneratsiya bosqichi
  - D) chandiqni qayta tashkil etish va epitelizatsiya bosqichi
  - D) yallig'lanish fazasi
4. Birlamchi yara - bu quyidagilardan hosil bo'lgan yara.
  - A) yiringli fokus ochilgandan keyin
  - B) jarrohlik yarasining yiringlanishi tufayli
  - B) travmatik yaraning yiringlashi tufayli
  - D) kuchli immunitet tanqisligi tufayli
  - D) begona jism olib tashlangandan keyin
5. Yiringli yarada yallig'lanish bosqichida:
  - A) granulyatsiyalarning kuchayishi
  - B) fibroblastlarning ko'payishi
  - C) kam oksidlangan metabolik mahsulotlarning to'planishi
  - D) kapillyarlarning dezolatsiyasi
  - E) tolali to'qimalarning rivojlanishi
6. Kuzin bo'yicha yara jarayonining uchinchi bosqichi deyiladi:
  - A) regeneratsiya bosqichi
  - B) hujayra reaksiyasining fazasi
  - B) chandiqni qayta tashkil etish va epitelizatsiya bosqichi
  - D) qon tomir reaksiyasining fazasi
  - D) yallig'lanish fazasi
7. Yallig'lanish bosqichida yara jarayonini nazorat qilishning ishonchli usullaridan biri:
  - A) yara to'qimalarining grammiga mikroblar soni
  - B) yaraning maydonini o'lchash
  - C) yaraning kontraktometriyasi
  - D) immunogramma
  - E) periferik qondagi eozinofillar tarkibini o'rganish
8. Yara jarayonining birinchi bosqichida ikkilamchi to'qimalarning destruktiviyasi quyidagilarga bog'liq:
  - A) yaraning kattaligi
  - B) bemorning yoshi
  - C) mikrofloraning virulentligi
  - D) immunitet tanqisligi
  - D) haddan tashqari shish
9. Tasodifiy yara quyidagi hollarda infeksiyalanadi:
  - A) 2 soat
  - B) 4 soat
  - 5:00 da
  - D) 8 soat
  - D) 12 soat
10. Yaralarning bakterial ifloslanishining kritik darajasi:
  - A) 1010 - 1011 yillar
  - B) 1012 - 1013 yillar
  - B) 102 - 103
  - D) 107 - 108
  - D) Yara yuzasining 1 sm<sup>2</sup> ga 105 - 106
11. Yara jarayonining regeneratsiya bosqichidagi fibroblastik reaksiya quyidagilarni ta'minlaydi:
  - A) nekroliz

- B) bakterioliz, proteoliz
- C) immunologik reaksiyalar
- D) kollagenez
- E) gistamin ishlab chiqarish

- B) jarohatlanish vaqtida yara ichiga mikroblarning kirib kelishi
- C) yaraga kiyinish vaqtida mikroblarning kirib kelishi
- D) PHO jarayonida mikroblarning yaraga tushishi
- E) yuqorida aytilganlarning barchasi to'g'ri

12. Yaraning birlamchi bakterial kontaminatsiya holatidan infeksiya holatiga o'tishiga quyidagilar yordam beradi:

- A) gipsli gips yordamida
- B) okklyuziv bog'lamdan foydalanish
- C) bemorni kasalxonaga olib borish usuli
- D) atrof-muhit harorati
- E) bemorning immunitet tanqisligi holati

13. Ikkilamchi yiringli yara - bu hosil bo'lgan yara:

- A) nekrotomiyadan keyin
- B) vitamin yetishmasligi tufayli
- C) yiringli fokus ochilgandan keyin
- D) travmatik yaraning yiringlashi tufayli
- E) nekrotomiyadan keyin

14. Ikkilamchi yara infeksiyasining paydo bo'lishining ahamiyati nimada?

- A) yiringli asoratning boshlanishigacha bo'lgan davr qisqaradi
- B) yuqumli asoratning og'irligi kuchayadi
- C) chandiqni qayta tashkil etish va epitelizatsiya fazasining muddatlari uzaytiriladi
- D) yara jarayonining yiringli asoratlanish ehtimoli keskin ortadi
- E) regeneratsiya fazasining muddati uzaytiriladi

15. Birlamchi bakterial ifloslanish:

- A) jarohatdan keyin yara ichiga mikroblarning kirib borishi

16. Birlamchi niyat bilan yarani davolashga quyidagilar yordam beradi:

- A) fibrinolizning faollashishi
- B) yarada drenaj mavjudligi
- C) yara qirralarining moslashuvi
- D) seroma shakllanishi
- E) gematoma shakllanishi

17. Ikkilamchi yiringli yara - bu hosil bo'lgan yara:

- A) nekrotomiyadan keyin
- B) toza jarrohlik yarasining yiringlanishi tufayli
- C) begona jism olib tashlangandan keyin
- D) immunitet tanqisligi tufayli
- E) yiringli fokus ochilgandan keyin

18. Yallig'lanish bosqichidagi yaraning morfologik asosi:

- A) fibroblastlar
- B) mast hujayralari
- C) profibroblastlar
- D) neytrofillar, limfotsitlar, makrofaglar
- E) trombotsitlar

19. Ikkilamchi niyat yara bitishi shifodir:

- A) granulyatsiya orqali
- B) kuchlanishsiz
- C) qon tomir reaksiyasi bilan
- D) epitelizatsiya orqali
- E) jarrohlik davolashdan keyin

20. Kichkina kirish va katta chiqish joyi bo'lgan o'tkazgich yarasi shikastlanganda kuzatiladi:

- A) Fin
- B) nayza

- B) parchalanish
- D) yaqin masofadagi o'q
- D) qilich

- C) limfogen yo'l bilan yuqadigan infeksiya
- D) immunitet tanqisligi
- D) anemiya

21. Yaradagi mikroblar o'z faolligini quyidagi orqali ko'rsata boshlaydi:

- A) 1-4 soat
- B) 6-8 soat
- C) 10-12 soat
- D) 14-18 soat
- E) 24 soat

22. Yallig'lanishning mahalliy belgilari uchun hamma narsa xarakterlidir, bundan tashqari:

- A) shish
- B) siyanoz
- B) mahalliy haroratning oshishi
- D) disfunktsiya
- D) og'riq

23. Yara jarayonining birinchi bosqichi uchun hamma narsa xarakterlidir, bundan mustasno:

- A) atsidozning rivojlanishi
- B) vodorod ionlari sonini ko'paytirish
- C) kaliy ionlari miqdorini oshirish
- D) tomirlar o'tkazuvchanligini oshirish
- E) alkaloz rivojlanishi

24. Yara bitish vaqtida qisqarish mexanizmida hal qiluvchi rol o'ynaydi:

- A) neytrofil leykotsitlar
- B) eozinofillar
- C) makrofaglar
- D) mast hujayralari
- E) fibroblastlar

25. Yaralarning yiringli-septik asoratlari rivojlanishida grammusbat bakteriyalarning etiologik rolining oshishi asosan quyidagilarning oqibatidir:

- A) nozokomial infeksiya
- B) gematogen infeksiya

26. Yara jarayonining ikkinchi bosqichi uchun hamma narsa xarakterlidir, bundan tashqari:

- A) perifokal yallig'lanish hodisalarini bartaraf etish
- B) mintaqaviy limfadenitning yo'qolishi
- C) limfangit hodisalarining yo'qolishi
- D) yiringli ekssudat mavjudligi
- E) granulyatsiyalarning rivojlanishi

27. Regeneratsiya bosqichida yara jarayonining borishini nazorat qilishning ishonchli usullaridan biri:

- A) smear izlarini tekshirish
- B) immunogrammalarni o'rganish
- C) periferik qondagi eozinofillar tarkibini o'rganish
- D) gemostaz tizimini o'rganish
- E) umumiy zardob oqsilini o'rganish

28. Skarni qayta tashkil etish va epitelizatsiya bosqichida yara jarayonining borishini nazorat qilishning ishonchli usullaridan biri:

- A) yara to'qimalarining grammiga mikroob sonini o'rganish
- B) gemostaz tizimini o'rganish
- B) yaraning maydonini o'lchash
- D) periferik qondagi eozinofillar tarkibini o'rganish
- E) yuqorida aytilganlarning barchasi to'g'ri

29. Granulyatsion yaraga uning chetlarini kesmasdan qo'yiladigan tikuvlar deyiladi.

- A) ikkilamchi erta
- B) birlamchi
- B) vaqtinchalik
- D) ikkilamchi kech
- D) birlamchi-kechiktirilgan

30. Yiringli yaralarni faol jarrohlik davolash tamoyili quyidagilarni ta'minlaydi:

- A) regeneratsiya fazasini qisqartirish
- B) birlamchi taranglik turi bo'yicha yiringli yarani bitishiga o'tkazish
- C) bemorning ahvolini normallashtirish
- D) bakteriostatik ta'sir
- D) bakteritsid ta'siri

31. Yarani ikkilamchi jarrohlik yo'li bilan tozalashga ko'rsatma:

- A) yiringli yaraning mavjudligi
- B) penetratsion shikastlanish
- B) bakterial kontaminatsiyalangan penetrasiz yara
- D) yara jarayonining asoratlarining paydo bo'lishi
- E) yuqoridagilarning barchasi

32. Yiringli yaralarni davolashning belgilovchi elementi:

- A) yaralarni kavituvchi ultratovush bilan davolash
- B) immunoterapiya
- C) antibakterial davo
- D) faol jarrohlik aralashuvi
- E) boshqariladigan bakterial muhitda davolash

33. Yara infeksiyasini oldini olishning eng ishonchli usuli:

- A) antibiotik terapiyasi
- B) sulfanilamid terapiyasi
- C) mahalliy dori vositalari bilan davolash
- D) jarrohlik yo'li bilan olib tashlash
- D) birlamchi yara tikuvi

34. Dastlabki jarrohlik muolajadan 2-3 kun o'tgach yaraga qo'yilgan tikuv deyiladi.

- A) birlamchi
- B) birlamchi-kechiktirilgan

- C) erta o'rta
- D) kech o'rta
- D) qo'llanmalar

35. Yarani dastlabki jarrohlik davolashdan 2-3 kun o'tgach, unda granulyatsiyalar paydo bo'lgunga qadar qo'llaniladigan tikuvlar deyiladi:

- A) vaqtinchalik
- B) birlamchi
- C) ikkilamchi erta
- D) ikkilamchi kech
- D) birlamchi-kechiktirilgan

36. Granulyatsiyalar kesilgandan keyin yaraga qo'llaniladigan tikuvlar deyiladi.

- A) vaqtinchalik
- B) birlamchi-kechiktirilgan
- C) ikkilamchi erta
- D) birlamchi
- D) ikkilamchi kech

37. Jarrohlik yo'li bilan olib tashlash turiga quyidagilar kirmaydi.

- A) birlamchi jarrohlik davolash
- B) jarrohlik davolash
- B) ikkilamchi jarrohlik davolash
- D) erta jarrohlik davolash
- E) kechiktirilgan jarrohlik debridment

38. Yiringli yaralarni faol jarrohlik davolashning belgilovchi momenti:

- A) yaralarni lazer bilan davolash
- B) yarani ultratovush bilan davolash
- B) transmembran drenaj qurilmasi
- D) sog'lom ichidagi yashovchan bo'lmagan va yallig'lanishli o'zgargan to'qimalarni kesish
- E) boshqariladigan bakterial muhitda davolash

39. Choklarning barcha turlari quyidagilardan tashqari:

- A) birlamchi tikuv
- B) kechikkan birlamchi tikuv
- B) kech birlamchi tikuv
- D) erta ikkilamchi tikuv
- D) kech ikkilamchi tikuv

40. Birlamchi xirurgik davolashga ko'rsatmalar quyidagilar bilan belgilanadi:

- A) atrof-muhit holati
- B) yaraning tabiati
- B) jarohatdan keyin o'tgan vaqt
- D) yaraning lokalizatsiyasi
- E) yuqorida aytilganlarning barchasi to'g'ri

### JAVOBLAR.

- |                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 1. To'g'ri javob: B  | 19. To'g'ri javob: A |
| 2. To'g'ri javob: A  | 20. To'g'ri javob: D |
| 3. To'g'ri javob: Y  | 21. To'g'ri javob: B |
| 4. To'g'ri javob: A  | 22. To'g'ri javob: B |
| 5. To'g'ri javob: B  | 23. To'g'ri javob: Y |
| 6. To'g'ri javob: B  | 24. To'g'ri javob: Y |
| 7. To'g'ri javob: A  | 25. To'g'ri javob: A |
| 8. To'g'ri javob: Y  | 26. To'g'ri javob: D |
| 9. To'g'ri javob: D  | 27. To'g'ri javob: A |
| 10. To'g'ri javob: Y | 28. To'g'ri javob: B |
| 11. To'g'ri javob: D | 29. To'g'ri javob: A |
| 12. To'g'ri javob: Y | 30. To'g'ri javob: B |
| 13. To'g'ri javob: D | 31. To'g'ri javob: A |
| 14. To'g'ri javob: D | 32. To'g'ri javob: D |
| 15. To'g'ri javob: B | 33. To'g'ri javob: D |
| 16. To'g'ri javob: B | 34. To'g'ri javob: B |
| 17. To'g'ri javob: B | 35. To'g'ri javob: Y |
| 18. To'g'ri javob: D | 36. To'g'ri javob: Y |
|                      | 37. To'g'ri javob: B |
|                      | 38. To'g'ri javob: D |
|                      | 39. To'g'ri javob: B |
|                      | 40. To'g'ri javob: B |

## ADABIYOTLAR

1. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии. Руководство для врачей/Под ред. В.К. Гостищева. – М.: ГЕОТАР – Медиа, 2007. – 759 с.
2. Agren M.S. Wound debridement optimisation // J. Wound Care. – 2014. – N23. – P.381;
3. Аптон Д., Соловей К., Хендер К., Ву К. Стресс и боль, связанные со сменой повязки у пациентов с хроническими ранами. J. Уходзараной. 2012; 21 : 53–61. DOI: 10.12968 / jowc.2012.21.2.53.
4. Раджендран Н.К., Кумар ССД, Хурельд Н.Н., Абрахамсе Х. Обзор лечения ран на основе наночастиц. J. Drug Deliv. Sci. Technol. 2018; 44 : 421–430. DOI: 10.1016 / j.jddst.2018.01.009.
5. Krasner D. Wound care: how to use the Red-Yellow-Black system. Am J Nursing 1995; 95(5):44-7.
6. Eskes A.M., Gerbens L.A., van der Horst C.M., Vermeulen H., Ubbink D.T. Is the red-yellow-black scheme suitable to classify donor site wounds? An inter-observer analysis. Burns 2011; 37(5):822-6.
7. Минченко А.Н. Раны. Лечение и профилактика осложнений. А.Н. Минченко А.Н. СПб., 2003. 207 с.
8. Rolstadt B.S., Ovington L. Principles of wound management. In: Acute & Chronic Wounds: Current Management Concepts. 3rd ed. St. Louis, MO: Mosby/Elsevier; 2007: 391-425.
9. Bailey & Love's. Short Practice of Surgery. 25th Edition. 2008.
10. Falanga V. Introducing the concept of wound bed preparation. Int Forum Wound Care 2001; 16:1-4.
11. Steed D.L., Donohoe D., Webster M.W., Lindsley L. Effect of extensive debridement and treatment on the healing of diabetic foot ulcers. Diabetic Ulcer Study Group. J Am CollSurg 1996; 183:61-4.
12. Brown D.L., Kao W.W., Greenhalgh D.G. Apoptosis down-regulates inflammation under the advancing epithelial wound edge: delayed patterns in 17. Collier M. Wound bed preparation: theory to practice. Nurs Stand 2003; 17:45-52.
13. Falanga V. Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. Wound Repair Regen 2000; 8:347-52.
14. Гуманенко Е.К. Практикум по военно-полевой хирургии. Е.К. Гуманенко. Фолиант, 2006. 312 с.
15. Ennis W.J., Meneses P. Wound healing at the local level: the stunned wound. Ostomy Wound Manage 2000; 46(1A Suppl):39S-48S.
16. Горюнов С.В., Роашов Д.В., Бутивщенко И.А. Гнойная хирургия. Атлас. М.: Бином. – 2004. – 558 с.
17. Алексеев А.А. Лечение ожоговых ран с применением раневых покрытий «Биодеспол». А.А. Алексеев, М.Г. Крутиков, А.Э. Бобровников и

др. Материалы междунар. конф. Под ред. В.Д. Федорова, А.А. Адамяна. -М., 2001.-С. 133-5.

18. Ланден Н.Х., Ли Д., Столе М. Переход от воспаления к разрастанию: критический шаг во время заживления ран. *Cell Mol. Life Sci.* 2016; 73 : 3861–3885. DOI: 10.1007 / s00018-016-2268-0.

19. Стручков В.И., Гостищев В.К. Руководство по гнойной хирургии.- М., Медицина-1987.-312 с.

20. Кузин М.И. Рана и раневая инфекция.-М., Медицина.- 1980.-219 с.

21. Войно-Ясинецкий П.Ф. Очерки гнойной хирургии-Москва.-2000.-849 с.

22. Охунов А.О.//Сценарии и сборник заданий для практических занятий по общей хирургии с использованием современных педагогических технологий. Учебно-педагогическое пособие для преподавателей по дисциплине «Общая хирургия». Ташкент.-2012.-118 с.

23. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Общая хирургия в модулях – Электронный учебник на русском языке – 2013 год.

24. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Неспецифическая хирургическая инфекция.- Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках.-2013 год.

25. Охунов А.О. Закрытые повреждения головы. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий «Работа в малых группах» составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация на узбекском, русском и английском языках. Ташкент.-2012.-20 с.

26. Охунов А.О. вабошқалар//Умумийхирургия.- Электрон учебник на узбекском языке – 2014 йил.

27. Охунов А.О., Каюмов Т.Х.//Что такое хирургия?-Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках.-2014 год.

28. Охунов А.О., Ходиев Х.С.//Учение о ранах.- Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках.-2014 год.

29. Охунов А.О.//Основы травматических повреждений.- Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках.-2014 год.

30. Охунов А.О., Мехманов Ш.Р.//Термические поражения.- Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках.-2014 год.

31. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Учение о ранах.-Электронное обучающее и контролирующее учебное пособие со сборником мультимедийных тестов на узбекском, русском и английском языках.-2016.

32. Охунов А.О., Каюмов Т.Х., Мехманов Ш.Р. и др.//Сборник тестов разного уровня для студентов по дисциплине «Общая хирургия».- Сборник тестов на узбекском и русском языках.-2014.

33. Программный документ Eucomed по уходу за ранами. URL [http://ewma.org/fileadmin/user\\_upload/EWMA/pdf/EWMA\\_Projects/090923\\_Wound\\_Care\\_Brochure\\_final.pdf](http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA/pdf/EWMA_Projects/090923_Wound_Care_Brochure_final.pdf).

34. Сен К.К., Гордилло Г.М., Рой С., Кирснер Р., Ламберт Л., Хант Т.К., Готтруп Ф., Гуртнер Г.К., Лонгакер М.Т. Раны на коже человека: серьезная

угроза общественному здоровью и экономике . *RoundRepairRegen* 2009; 17 : 763–771.