

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  
RUYLUSIGA 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 infeksiyalarining etakchi 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 asoratlardan 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. Salisil 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 absses 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 absses 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 chiziqlar asta sekin qo'shib ketadi va kengroq qizil chiziqga - giperemiyaga aylanadi va yallig'lanish o'chog'idan regional limfatik tugunlar (agar uchok kuda 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'l ni 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, tirnalishlar hisobiga, terida tirnalish 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

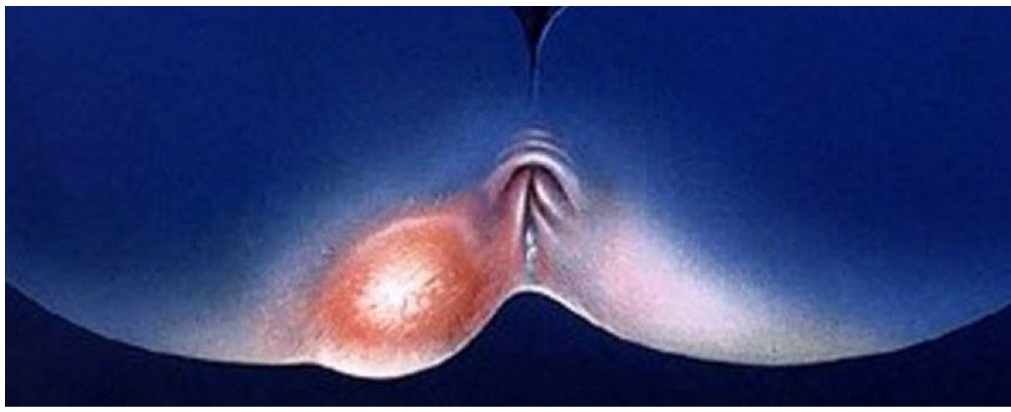
(furunkullar, infeksiyalangan jarohatlar) misol bo'la oladi. Bundan tashqari tos suyaklarini o'tkir yiringli kasalliklari yoki erkaklarda prostata bezini yiringli yallig'lanishi xam sabab bo'lishi mumkin. Pararektal to'qimani yiringli yallig'lanishi ikki turga bo'linadi: diffuz (flegmonoz) va chegaralangan (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 irradiyasiyalanadi, 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 sohalorida 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'lgan 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. Sizing 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. Sizing 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. Fluktusiya 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 biriktiruvchi 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 bakterial 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) rehabilitatsiya**-bu chora-tadbirlarning butun majmuasidir. Bu tibbiy, ijtimoiy, psixosotsial 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', svyazannye 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. Kombustologiya 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 бошкалар//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.