

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIONI  
SAQLASH VAZIRLIGI

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

Oxunov A.O., Abdurahmanov F.M

## KAFT VA BARMOQLAR XIRURGIK INFEKSIYASI

O'QUV-USLUBIY QO'LLANMA



Toshkent 2022

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



**KAFT VA BARMOQLAR XIRURGIK  
INFEKTSIYASI.**

(O'quv-uslubiy qo'llanma)

Toshkent-2022

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

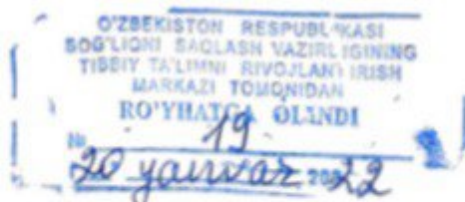
“TASDIQLAYMAN”

O'z R SSV Fan va ta'lim  
boshqarmasi boshlig'i  
O.S. Ismailov  
2022 y "10" yanvar  
№ 1 bayonnoma

“KELISHILDI”

O'z R SSVning Tibbiy  
ta'limni rivojlantirish  
markazi direktori v.v.b.  
M.R. Eshpo'latova  
2022 y "10" yanvar  
№ 1 bayonnoma

**KAFT VA BARMOQLAR XIRURGIK INFEKTSIYASI**  
Tibbiyot oliy ta'lim muassasalari yuqori kurs talabalari  
uchun o'quv-uslubiy qo'llanma



Toshkent - 2022

### **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.

**ABDURAXMANOV Fayzraxmon Munisovich** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini assistenti.

### **Taqrizchilar:**

**SATTAROV O.T.** - tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi davolash fakulteti hospital jarrohligi 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 № \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2022

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

Uchrashuv bayonnomasi № \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2022

## Mundarija

№	Nomlar	Sahifa.
1	Kirish	5
2	Kaft va barmoqlar xirurgik infeksiyasi	7
3	Panaritsiy	7
4	Teri panaritsiy	8
5	Teri osti panaritsiy	9
6	Panorixiy	10
7	Tirnoq osti	11
8	Yiribgli tendovaginit	11
9	Bo'g'im panaritsiy	13
10	Suyak panaritsiy	14
11	Pandaktilit	15
12	Kaft flegmonasi	16
13	Nazorat savollari	19
14	Vaziyatli masalalar	19
15	Test	22
16	Glossariy	24
17	Adabiyotlar	28

## KIRISH

Kaft va barmoqlarning yiringli kasalliklari boshqa xirurgik kasalliklar orasida ahamiyatli o'ringa ega. Poliklinikalarning xirurgiya kabinetlari ishini tahlil qilishda odamning ushbu ishchi organining yiringli kasalliklari bilan og'riqan bemorlarning yuqori foizi ko'zga tashlanadi. Qoidaga ko'ra, poliklinika qabulida bemorlarning 20-30%ini kaft va barmoqlarning yiringli kasalliklari mavjud bemorlar tashkil qiladi. Ba'zi mualliflarning (M. I. Litkin, I. D. Kosachyov 1975, Kondratenko P.G. 2007) ma'limotlariga ko'ra, ularning soni 64-69% ga yetadi.

Ko'p korxonalarining tibbiyot punktlarida kaft va barmoqlarning yallig'lanish kasalliklari bilan murojaat qiladigan bemorlar orasida foiz yanada yuqori bo'lib, vaqtincha mehnat qobiliyatini yo'qotgan bemorlarning asosiy guruhini tashkil etadi. Ushbu kasallik sabablarini tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, aksariyat hollarda anamnezda mikroshikast deb nomlanadigan uncha katta bo'lmagan shikast mavjudligini aniqlash mumkin. Ko'pincha bu uncha katta bo'lmagan sanchilgan jarohatlar, tirnalgan va shilingan joylar, qadoqlar, mayda yuza jarohatlar, kam hollarda lat yegan joydir. Ushbu mikroshikastlar kaft va barmoqlarning yiringli kasalliklarining sabablari hisoblanadi. Shu bilan bir vaqtda ancha chuqur kesilgan, urilgan, yulingan va boshqa jarohatlar kam hollarda yiringli kasalliklarning sabablari hisoblanadi, chunki bunday jarohatlarga, qoidaga ko'ra, darhol xirurgik ishlov beriladi va keyinchalik bitishi asoratlarsiz kechadi. Mikroshikastlar esa ko'pincha jabrlanuvchi tomonidan e'tiborsiz qoldiriladi, hech qanday, hatto elementar birinchi yordam ko'rsatilmaydi, yallig'lanish asoratlari profilaktikasi uchun antiseptik vositalar qo'llanilmaydi, jabrlanuvchining o'zi esa bunday "mayda" ish bilan tibbiyot punktiga murojaat qilish yoki hech bo'lmaganda dorilar qutisidan foydalanish zarur deb hisoblamaydi.

Faqat bir necha kun o'tgach, o'tkir yiringli-yallig'lanish jarayoni ko'rinishida asorat paydo bo'lgandan keyin bemor tibbiyot punkti yoki poliklinikaga yordam yuzasidan murojaat qiladi.

Bemor birinchi marta kaft va barmoqlarning yallig'lanish kasalliklarining boshlang'ich ko'rinishlari bilan ushbu kasallikni yetarli darajada bilmaydigan va uning jiddiyligini munosib baholamaydigan yosh shifokorga murojaat qiladi. Afsuski, tibbiyot OTMda hatto xirurg bo'lishga tayyorlanayotgan talabalar ham katta xirurgiyaga - abdominal, ko'krak qafasi, qon-tomir, yurak xirurgiyasiga katta qiziqish namoyon qilishadi, aksariyat yosh xirurglar bunga juda kam duch kelishlariga to'g'ri keladi, tobora ko'proq ahamiyat kasb etayotgan va "kichik" ambulator xirurgiya deb nomlanadigan yiringli xirurgiyaga esa, talabalar ham, yosh shifokorlar ham juda kam qiziqish bildirishadi va shu bois uni yaxshi bilishmaydi.

Ehtimol, OTMda xirurgiya masalalarini o'rganishda kasalliklarning ushbu guruhiga yetarli e'tibor berilmasligi, yosh shifokorlar panaritsiyaga uni davolashni har kimga, hatto feldsherga ham ishonib topshish mumkin bo'lgan ambulator "e'tiborsiz ish" sifatida munosabatda bo'lishiga olib keladi. Biroq davolashda zarracha xato bo'lganda, kaft va barmoqlarning o'tkir yiringli kasalliklari mehnat organi sifatida kaft funksiyalarining barqaror buzilishlariga, nogironlikka, ba'zan esa bemorning o'limiga olib keladigan og'ir asoratlar berishi mumkin.

Albatta, shu kabi kasalliklari mavjud bemorlar faqat poliklinikada uzoq muvaffaqiyatsiz davolanishdan keyin, asoratlar va yiringli jarayonning uzoq davom etishi bilan statsionerga tushadilar. Ko'pincha ushbu asoratlar panaritsiyani davolashning noto'g'ri usuli, kasallikning boshlang'ich davrida konservativ va operativ davolashda xatolar bilan bog'liq. Davolashdagi xatolar kamdan-kam holda bemorning shifokorga kech murojaat qilishiga bog'liq. Gap shundaki, og'riq simptomi, qoidaga ko'ra, kaft va barmoqlardagi yallig'lanish jarayonining eng boshida ahamiyatli namoyon bo'ladi va bemorni o'z vaqtida shifokorga murojaat qilishga undaydi

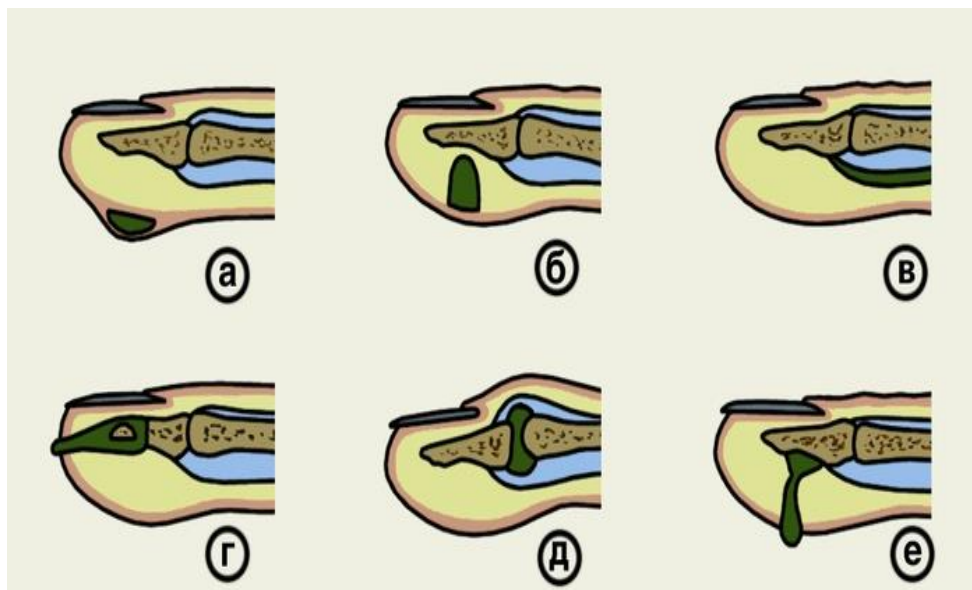
Mazkur qisqa uslubiy qo'llanmaning maqsadi yosh xirurg, shuningdek xirurgiya sohasidagi intern-shifokorlarga kaft va barmoqlarning asosiy o'tkir yiringli kasalliklarini topik tashxislashda mo'ljal olish va davolashning eng to'g'ri usulini tanlashda yordam berishdir.



## KAFT VA BARMOQLAR XIRURGIK INFEKTSIYASI

Panaritsiy — bu o'tkir yiringli jarayon bo'lib, barmoqning kaft tomoni, suyak va bo'g'imda yiringli jarayon bilan kechadigan nospesifik yiringli yallig'lanishi hisoblanadi.

Panaritsiy - tushunchasi umumlashtirilgan ibora. Barmoqni yallig'langan anatomik sohlariga nisbatan quyidagicha nomlanadi: teri, teri osti (engil darajasi), pay, suyak va bo'g'im panaritsiyasi (og'ir darajasi).



1-rasm. Panaritsiyani bir qancha shakllarini sxematik rasmi

a) teri b) teri osti v) pay g) suyak d) bo'g'im e) tugmasimon

Barmoqni yiringli yallig'lanishini ayrim guruhlariga, tirnoqni chetini yiringli yallig'lanishi - paronixiya kiradi, kamdan-kam hollarda tirnoq osti milkagi, kuzatilishi mumkin. Bir vaqtni o'zida barmoqni barcha elementlari (teri, teri osti qavat, mushak, pay, suyak, bo'g'imlar) yiringli yallig'lanishi kuzatilsa unda pandaktilit, deb nomlanadi. Yallig'lanish jarayoni ko'pincha barmoqni kaft sathida joylashadi. Kaft sathni anatomik tuzulishini o'ziga xos tomonlari mavjud:

Kaft tomonda teri har doim biriktiruvchi to'qima tolalari bilan tortilgan bo'ladi, bu tolalar teri sathiga nisbatan perpendikulyar yo'nalishda tortilgan bo'ladi, shuning uchun kaft tomondagi kichik jarohatlar ham, jarohat chetlarini tortib jarohatni lang ochib qo'yadi, demak "infektsiyani kirishi uchun kirish darvozasi doimo ochiq";

Biriktiruvchi to'qima qavati juda yupqa, shuning uchun chuqur joylashgan,



infektsiyaga bardoshsiz pay qini, suyak, bo'g'im to'qimalarini shikastlanishlardan himoya qilishda zaiflik qiladi, undan tashqari barmoqni biriktiruvchi tolalar bilan mayda-mayda bo'laklarga bo'linganligi infektsiyani chuqurroqda tarqalishiga qulay biologik sharoit yaratadi, natijada to'qimalarni nekrozi ko'proq uchraydi. Barmoqni bukuvchi payini sinovial qinini mavjudligi va ularni anatomik o'ziga xosligi infektsiyani kaft sohasiga ("U" simon flegmona) va bilak sohasiga tarqalishiga (Pirogov-Paron bo'shlig'i flegmonasi) imkon yaratadi.

Panaritsiyani eng ko'p chaqiradigan mikroob bu tilla rang stafilokok, kamdan-kam hollarda chirituvchi streptokok.

**Teri panaritsiy** - bu eng yuza joylashgan bo'lib, epidermisni chuqur qavatlarida rivojlanadi, ozgina yiring yig'lsa ham terini shox-muguz qavatini ko'tarib ko'chirib yuboradi, natijada yiringli po'rsildoq yoki fliktena paydo bo'ladi.. Teri milkagi kaft tomonda va kaft orti tomonda rivojlanishi mumkin.

**Klinik manzarasi:** teri panaritsiyiga xos klinik belgi, bu barmoq terisida chegaralangan qizarish va shish paydo bo'lishi bilan izohlanadi. Shu joyda 1-2 kundan keyin yiringli pufakcha «pustula» paydo bo'ladi. Yallig'langan barmoqda og'riq lo'qillovchi bo'ladi.



**2-rasm. Teri panaritsiy**

**Davolash.** Yiringli pufakchani qaychi bilan, ko'chgan epidermis doirasida kesib olib tashlanadi. Kesganda shuni nazarda tutish kerakki, ko'chgan epidermisdan misqolam qolish kerak emas, aks holda yallig'lanish barmoqni sog'

to'qimalariga taraqqalishi mumkin. Yiringli pufakchani kesishda og'riqsizlantirishni hojati yo'q, chunki terini sezuvchi nervi fiziologik jihatdan epidermisgacha etib bormagan. Yiringli pufakcha kesib olib tashlangandan so'ng, antiseptiklar bilan ishlov berilgandan keyin brilliant ko'ki bilan ishlov beriladi. Operatsiyadan 1-2 kundan keyin tuzaladi.

**Teri osti panaritsiy** - bunda yiringli yallig'lanish teri osti yog' to'qimasida joylashadi. Bu turi eng ko'p uchraydigan turga mansub.

**Klinik manzarasi.** Teri osti panaritsiysiga xos klinik belgi bu barmoq terisi ostida chegaralangan qizarish va shish paydo bo'lishi bilan izohlanadi. Boshlanish davrida og'riq kuchsiz, asta sekin og'riq kuchayib, shu tufayli uyqusizlik kuzatiladi, garchi mahalliy klinik belgilarida yiringli jarayon namoyon bo'lmasa ham, og'riq bilan kechadi, nimagaki barmoqni teri osti to'qimasini tuzulishi anatomik jihatdan chegaralangan bo'ladi. Yallig'langan teri osti sohada bosim oshib shu joyni qon aylanishini buzadi va natijada to'qimalarni o'lishi kuzatiladi. Bu davrda davolash o'z vaqtida boshlanmasa, yallig'lanish jarayoni chuqurroq kirib boradi va panaritsiyni boshqa turlarini sodir bo'lishiga sabab bo'ladi. Bularga misol qilib pay panaritsiysi va suyak panaritsiyini keltirish mumkin.

Teri osti panaritsiysida yallig'lanish markazini aniqlashda uni eng og'riqli sohasi e'tiborga olinadi. Buning uchun barmoqni yallig'langan sohasi pinsetni uchi bilan bosib ko'rib eng og'riqli soha aniqlanadi, og'riq kuchaygan soha esa yallig'lanish markazi bo'ladi.



**3-rasm. Teri osti panaritsiy**

**Davolash.** Teri osti panaritsiyida, hali kuchli og'riqlar («uyqusizlik kechasi») boshlanmasdan oldin, taranglashgan shish paydo bo'lganda, tana harorati ko'tarilganda konservativ davo chora-tadbirlari olib borish mumkin. Konservativ davolash uchun, mahalliy yallig'lanish sohani isitish muolajalari (dimeksid bilan kompress), novokain va antibiotik aralashmasini shpris bilan teri ostiga yuborish mumkin. Konservativ davolash samara bermasa, unda tezkor ravishda operativ davolash lozim. Og'riqsizlantirish mahalliy, o'tkazuvchan Obersta - Lukashevicha usuli bilan, 1-2% novokain eritmasidan 5-10 ml shprisga olinadi, barmoq asosidan maxkam bog'lanadi va teri ostiga bosim ostida yuboriladi, ignani uchi bilan sezuvchanlik tekshiriladi, ignani uchini bemor sezmaganda barmoqni lateral va medial sathida 2 ta uzunasiga teri kesmasi qilinib yiring chiqariladi, nekrotik to'qimalar kesib olib tashlanadi va 3% li vodorod peroksidi, furasillin bilan yuviladi va rezina so'rg'ich qoldirib, suvda eriydigan giperosmolyar malham bilan shimdirilgan salfetka bilan bog'lam qo'yiladi.

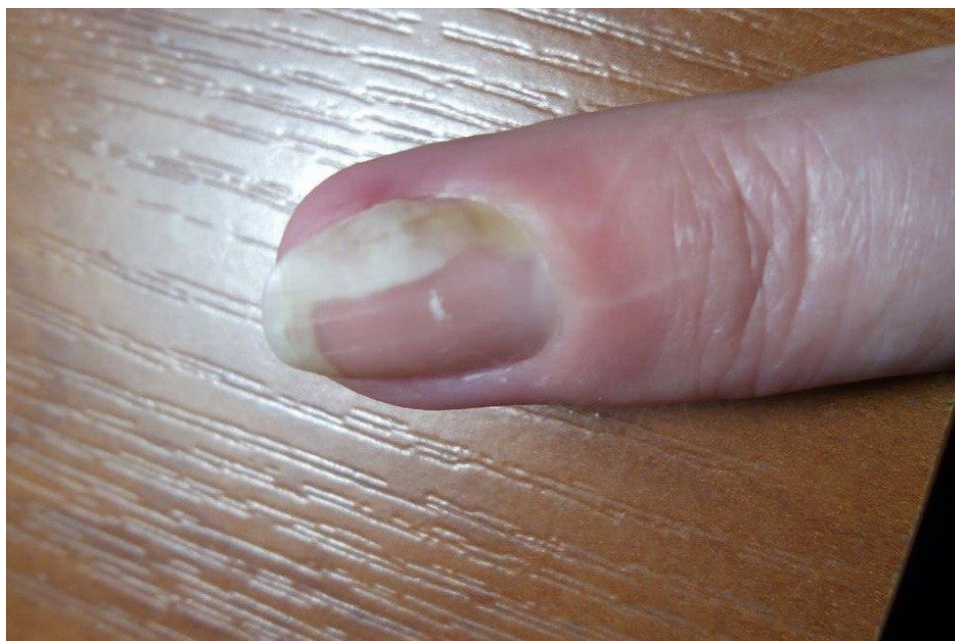
**Paronixiy** - paronixiya barmoqni yiringli yallig'lanishlari ichida eng ko'p uchraydigan turi sanaladi, bunga sabab shuki, barmoqlar uyda ham ishda ham, ko'chada ham atrof muhit bilan eng ko'p kontaktga kiradigan va ko'p mikrotravma oladigan sohaga kiradi. Mikrotravmalar infektsiya uchun kirish darvoza hisoblanadi.



**4-rasm. Paronixiy**

Yiring tirnoqni atrofida yumshoq to'qimada yig'iladi. Boshlanishida shish paydo bo'ladi, terisi qizaradi, qisqa vaqt ichida shu joyda yupqa epidermis tagida yiring to'planadi. Og'riq uncha kuchli emas. Kamdan-kam hollarda paronixiya asoratlanib tirnoq osti milkagiga aylanadi.

**Tirnoq osti panaritsiy** - ko'pincha tirnoq ostiga zirapcha kirib qolsa tirnoq ostida jarohat tufayli gematomani infeksiyalanishi sabab bo'ladi.



**4-rasm. Tirnoq osti panaritsiy**

**Davolash.** Paronixiyani infiltrasiya bosqichida konservativ davolash olib boriladi, bunda (novokain-seftriakson aralashmasi bilan blokada, issiq vannacha, malhamli bog'lam) qo'llaniladi. Absessga aylansa, flyuktuasiya aniqlansa unda albatta operativ davolash talab qilinadi. Bunda tirnoqni asosida teri skalpel uchi bilan ko'tariladi. Agarda yiring tirnoq ostiga o'tgan bo'lsa tirnoq qisman kesib tashlanadi. Agarda tirnoqni ko'p qismi ko'chgan bo'lsa to'liq olib tashlanadi. Operatsiya mahalliy og'riqsizlantirish bilan bajariladi. Shuni nazarda tutish kerakki, bemorda novokainga sezuvchanligi mavjud bo'lsa, unda og'riqsizlantirishning boshqa usullari tanlanadi.

**Yiringli tendovaginit.** Bu barmoqni bukuvchi payini yiringli yallig'lanishi bo'lib, panaritsiyani eng og'ir turiga kiradi. Yiring payni qiniga kichik-kichik jaroxatlardan kiradi, natijada qin bo'ylab tepalargacha tarqalishi mumkin. Masalan



I va V chi barmoqni pay milkagi kaftni “U” flegmonasiga aylanishi mumkin, bu milkakni eng og’ir asoratlari sirasiga kiradi.

**Klinik manzarasi.** O’tkir tendovaginit juda tezlik bilan rivojlanadi, bir sutka davomida rivojlanishi mumkin. Barmoqni payi bo’ylab kuchli og’riq bezovta qiladi, og’riq ayniqsa barmoqni haraktga keltirganda kuchayadi. Barmoq ikki barobar shishadi, sog’ barmoqqa nisbatan bo’g’imi yarim bukilgan holatda bo’ladi. Shish sohasi pinset uchi bilan bosib ko’rilganda pay bo’ylab kuchli og’riq kuzatiladi. Bemorda umumiy belgilardan - sovuq qotib qaltirash, tana haroratini ko’tarilishi kuzatiladi. 1-chi va 5-chi barmoq tendovaginiti tirsak va bilakni sinovial xurjumiga tarqalishi mumkin va bilakagda Pirogov-Paron bo’shlig’i flegmonasini kelib chiqishi ehtimoldan xoli emas.



**5-rasm .Yiringli tendovaginit**

**Davolash.** Pay milkagini davolashda tezkor operatsiya qilish maqsadga muvofiq bo’ladi, operatsiya umumiy og’riqsizlantirish bilan bajarilishi shart.

Pay panarititsiyini asoratlanmagan turida faqat pay qini kesib ochib yiringni chiqarish kifoya qiladi. Bunda payni qini ikki joyida prokismal va distal sohalarida kesma qilinib qin ichi antiseptiklar bilan mikroirrigator bilan bosim ostida yuviladi va qin ichi faol drenaj usulida antibiotiklar va antiseptiklar bilan uzoq muddat yuvib davolanadi. Agar pay to’liq emirilgan bo’lsa, unda tendovagina uzunasiga mediolateral kesma bilan keng ochiladi va nekrozga uchragan pay to’liq olib tashlanadi. 1-chi va 5-chi barmoqni yiringli tendovaginiti va tendobursitida,

Pirogov bo'shlig'i flegmonasi bilan asoratlanishini kutmasdan kaft sathida sinovial cho'ntaklar kesib ochib tashlanadi. Operatsiyadan so'ngi davrda kuchli antibakterial terapiya qilinadi.

**Bo'g'im panaritsiy.** Barmoqni falangalararo bo'g'imlarini yiringli yallig'lanishi hisoblanadi. Barmoqni falangalararo bo'g'imini yiringli yallig'lanishi, barmoqni har xil jarohatlari natijasida yoki yon to'qimalardan infeksiya kirib qolishi natijasida kelib chiqadi. Yallig'lanish jarayoni seroz va yiringli tusda bo'ladi. Bo'g'imni anatomo-fiziologik faoliyati seroz yallig'lanishda to'liq tiklanadi, yiringli yallig'lanishda esa kechiktirmasdan operatsiya qilinsagina bo'g'imni anatomo-fiziologik faoliyati to'liq bo'lmasa ham qisman tiklanadi.

Bo'g'im panaritsiyi yallig'langan bo'g'im sohasida shish va og'riq bilan boshlanadi. 2-3 kundan so'ng og'riq qo'qqisdan kuchayadi, shish kattalashadi, shish asosan barmoqni orqa tomonida namoyon bo'ladi. Barmoq bo'g'imi harakati og'riq tufayli chegaralangan bo'ladi yoki taranglashgan shish tufayli umuman harakatlanmaydi. Barmoqni tashqi ko'rinishi esa yarim bukilgan holatda bo'ladi.

Shifokor shuni nazarda tutishi kerakki, bo'g'imdagi yallig'lanish jarayon atrof to'qimalarga (pay, suyak, yumshoq to'qimalarga) o'tishi mumkin, shuning uchun albatta barmoq suyaklarini rentgenogrammasi qilinishi zarur.



**6-rasm . Bo'g'im panaritsiy**

**Davolash.** Bo'g'im milkagida har doim operativ davolash olib boriladi.

Operatsiyani umumiy og'riqsizlantirish bilan bajarilishi maqsadga muvofiq bo'ladi. Bunda bo'g'imni orqa-lateral tomonida ikkita parallel teri kesmasi qilinib bo'g'im qopchasi ochiladi. Bo'g'im bo'shlig'i yiringdan tozalangandan so'ng antiseptiklar bilan ishlov beriladi. Agarda bo'g'im elementlari nekrozga uchramagan bo'lsa bo'g'im ichiga rezina so'rg'ichlar qoldirib, jarohatga moyli-balzamli bog'lam qo'yiladi va barmoqni fiziologik holatda gips bilan fiksasiyalanadi. Bo'g'imni elementlari destruktiv o'zgargan bo'lsa rezeksiya qilinadi. Operatsiyadan so'ngi davrda albatta antibiotikoterapiya o'tkaziladi.

**Suyak panaritsiy.** Barmoq suyagini yiringli yallig'lanishi. Ko'p hollarda suyak milkagi boshqa milkaklarning asorati bo'lishi mumkin. Klinik-statistik ma'lumotlar tahliliga ko'ra suyak milkagi teri osti, pay va bo'g'im milkagini noto'g'ri davolash natijasida kelib chiqar ekan.

Suyak panaritsiyining klinik manzarasiga xos belgilarga, yallig'langan barmoq sohasida kuchli doimiy og'riq va yallig'langan sohasi kolbasimon shish ko'rinishda bo'ladi. Og'riq lo'qqilovchi tusda bo'ladi. 10-12 kundan so'ng yiring oqib turuvchi oqma yara paydo bo'ladi. Uning atrofida shishib turgan granulyasiya ko'rinishda turadi. Oqma yara paydo bo'lgandan boshlab yiringni chiqib ketishi tufayli barmoqda og'riq kamayadi. Oqma yara paydo bo'lguncha bemorda umumiy simptomatiklardan tana haroratini ko'tarilishi, sovuq qotib qaltirashi kuzatiladi. Oqma yara shakllangandan keyin bu klinik belgilar asta sekin so'nadi.

Oqma yara yo'nalishi bo'ylab ingichka temir zond o'tkazilganda suyak sathini g'adir-budirliqi aniqlanadi. Rentgen rasmda suyak to'qimasini osteoporoz va suyak destruksiyasi aniqlanadi. Suyak panaritsiyida patologik jarayon barmoqning tirnoq falangasida ko'proq kuzatiladi.

**Davolash.** Suyak panaritsiyini davolashda suyak to'qimasining qay darajada patologik o'zgarishiga qarab o'ziga xos davolash tadbiri bo'ladi. Agarda yumshoq to'qimalarda abstsess kuzatilsa, unda so'zsiz tezkor operatsiya qilinadi. Operativ davolashda faol drenajlash va antibiotikoterapiya qo'llanilsa, davolash natijasi samarali bo'ladi.

Agar yallig'langan suyakda destruksiya, sekvestrasiya mavjud bo'lsa, unda



maksimal sekvestrektomiya qilinadi, bo'shliqdan granulyasion to'qimalar olib tashlanadi. Shuni nazarda tutish lozimki, sekvestrektomiya qilish paytida epifizar regenerat jarayonni maksimal saqlashga harakat qilinadi.

Barmoq falangasini total shikastlanishi sodir bo'lsa, falanga to'liq olib tashlanadi. Shikastlanish asosiy yoki o'rta falangada bo'lsa, unda barmoq amputasiya qilinadi. Tirnoq falangasini amputasiya qilishda «baliq dahan» ko'rinishda kesma qilinsa maqsadga muvofiq bo'ladi.

**Pandaktilit.** Barmoqni barcha anatomik (teri, teri osti to'qima, paylar, suyak va bo'g'im) sohalarining o'tkir yiringli yallig'lanishi hisoblanadi. Pandaktilit milkaklar ichida eng og'ir asoratlar bilan kechadigan turi sanaladi.

**Klinik manzarasi.** Pandaktilitda barmoqni tashqi ko'rinishi keskin o'zgarishi bilan ajralib turadi, izohlab aytish mumkinki barmoqni anatomo-fiziologik holati butunlay yo'qoladi. Terisi ko'karib ketadi. Ko'kargan barmoqda bitta yoki bir nechta yiring chiqib turadigan oqmalar bo'ladi. Ko'p hollarda barmoq terisini emirilib erib ketishi natijasida uni tagidagi nekrozga uchragan paylar yalong'ochlanib ko'rinib qoladi. Bo'g'imlardagi harakat shish tufayli keskin cheklangan, passiv harakat og'riqsiz bo'ladi, chunki nerv reseptorlari nekrozga uchrab o'lib bo'lgan. Rentgenogrammada barmoqni suyagida destruksiya aniqlanadi.



**7-rasm . Bosh barmoq pandaktiliti**

**Davolash.** Pandaktilitda faqat operativ davolash talab qilinadi, chunki konservativ davolash mutlaqo samarasiz. Operatsiyada barcha hayotga noloyiq

to'qimalar olib tashlanadi. Ko'p hollarda barmoqni amputasiya qilishga to'g'ri keladi. Yiringli yallig'lanish ko'rsatgich va 5 chi barmoqda bo'lsa amputasiya qilishga shoshilmaslik kerak, bunaqa hollarda iloji boricha nekrotik to'qimalar olib tashlanadi, barmoqni muntazam qoldirishga harakat qilinadi.

**Kaft flegmonasi.** Qo'l kaftini yiringli yallig'lanishi—og'ir va o'ziga xos kechish bilan ajralib turadi. Ayniqsa yiringli jarayon kaft sathida joylashgan bo'lsa. Kaftni orqa sathida joylashgan bo'lsa tananning boshqa joylardagi yiringli jarayon bilan klinik kechishi deyarli bir xil kechadi. Infektsiyani qo'zg'atuvchilari barmoqda jaroxat bo'lsa to'ridan to'g'ri kirishi mumkin yoki barmoqdan yiringli jarayon proksimal yo'nalishda tarqalishi mumkin. Qo'l panjasini kaft sathida bir nechta chegaralangan fassial bo'shliqlar mavjud, ko'pincha shu bo'shliqlarga yiring yig'ilib flegmonoz yallig'lanish turida kechadi (kaft flegmonasi).

Qo'l panjasini asosiy anatomik bo'shliqlari:

- teri osti yog' qavati,

- panja kaftini o'rta sohasi, bu kenglik kaft aponevrozi ostida joylashgan.

Bu yerda fassiyani tagida 3-5 barmoqning yuza va chuqur payi va kaftni asosiy tomirlari o'tgan.

- tenar sohasi, uni katta barmoqni olib keluvchi va olib ketuvchi mushak fassiyasi, kaft o'rtaligi kengligidan ajratib turadi. Bu fassiyani tagida I va II barmoqni pay qini joylashgan.

- gipotenar sohasi, unda V-chi barmoqni kalta mushaklari joylashgan. Kaft sirtini yuzaki va chuqur sohalari

Ko'l panjasida yiringli yallig'lanishni o'rnashgan joyiga qarab quyidagi turlari tafovut qilinadi. Teri: teri absessi («namin»), qadoq absessi. Teri osti biriktiruvchi to'qimasi: kaftni aponevroz usti soha absessi. Barmoqlar aro (komissural) flegmonasi. Kaftni fassial-biriktiruvchi to'qima sohasi: kaftni aponevroz osti flegmonasi, o'rta sohasi flegmonasi, tenar flegmonasi, gipotenar flegmonasi. Panja sirtini fassial-biriktiruvchi to'qima sohasi: teri osti flegmonasi, aponevroz osti flegmonasi.

Panja flegmonasini alohida turlari: komissural flemona, kaftni o'rta sohasi

flegmonasi, tenar flegmonasi, komissural flegmona.

Yiringli yallig'lanish barmoqlararo burmalarda rivojlanadi, bu sohalarga infeksiya asosiy falangani teri osti to'qimasidan tarqaladi yoki tugridan-tugri qadog'ini ifloslanishi tufayli abscess kelib chiqadi. Nisbatan kamroq barmoqlararo burmalarga har xil mexanik jaroxatlanish natijasida infeksiya kiradi.

**Klinik manzara.** Barmoqlararo burmalar sohada og'riqli shish va giperemiya paydo bo'ladi. Shish barmoqlarni ayrib qo'yadi, shish panja sirtida ko'proq ko'zga tashlanadi. Organizmni umumiy reaksiyasi turli xil darajada o'ta rivojlangan bo'ladi.



**8-rasm . Kaft flegmonasi**

**Davolash.** Narkoz bilan yiringli bo'shliq ochiladi yoki regional anesteziya bilan kaft va sirti tomonida ikkita kichik-kichik teri kesmasi bilan yiringli bo'shliq ochiladi va kaft bilan kaft orti tomondan qilingan kesmalar orqali teshib o'tuvchi rezina drenaj qoldiradi.

Kaftni o'rta sohasi flegmonasi og'ir yiringli yallig'lanish sirasiga kiradi, o'ta rivojlangan umumiy reaksiya bilan kechadi, ba'zan sepsis kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin.

**Etiologiya va patogenez.** Yiringli yallig'lanish chaqiruvchi mikroorganizmlar kaftni o'rta sohasiga to'g'ridan to'g'ri teri deffektlaridan kiradi, yoki III—V chi barmoqni pay qini orqali yiring yorilib proksimal oxiri orqali

kiradi, yiring asosiy falangadan chuvalchangsimon mushak kanali orqali tarqaladi. Deyarli kam hollarda jarohatlar tufayli to'g'ridan-to'g'ri infektsiya kiradi.

**Klinik manzarasi.** Kaft hovuchini o'rta qismida keskin ohriq bezovta qiladi, og'ir umumiy zaharlanish bilan kechadi. Paypaslab ko'rilganda kaft hovuchi sohasida keskin og'riq aniqlanadi, panja ortida shish kuzatiladi.

Panja kaftida shish deyarli ko'zga tashlanmaydi, teri qizarishi umuman kuzatilmaydi. III—V barmoqlar majburiy yarim bukilgan ko'rinishda bo'ladi, barmoqni yozishga harakat qilganda kuchli og'riq paydo bo'ladi.

**Davolash.** Umumiy yoki vena ichiga narkoz ostida kaftni o'rta sohasidan kattaroq teri kesmasi bilan kaft aponevrozi kesib ochiladi va yiring evakuatsiya qilinadi. Shuni nazarda tutish kerakki kesma qilish paytida o'rtadagi nerv (n.medianus) ni harakatlantiruvchi shoxlarini shikastlab qo'yish mumkinligi ehtimoldan holi emas, shuning uchun kesma qilishda anatomik "man etilgan soha" larga tig' tegib ketishiga ehtiyot bo'lish talab qilinadi.

Shartli ravishda parenteral va regionar antibiotikoterapiya va dezintoksikasion terapiya o'tkazilishi shart.

Tenar flegmonasi kaftni o'rta sohasi flegmonasiga nisbatan ko'proq uchraydi. Tenar sohasiga infektsiya ko'pincha I va II chi barmoqni bukuvchi pay qinini proksimal tomonida yiring yoilishi natijasida kiradi, yoki to'g'ridan-to'g'ri kichik jarohatlar orqali ham kirishi mumkin.

**Klinik manzarasi.** Tenar sohasida keskin og'riqli shish paydo bo'ladi, I va II chi barmoqlar harakati keskin chegaralangan. Shish barmoqlar aro burmalarga va panjani ortiga tarqaladi. Umumiy reaksiya odatdagidan yaqqol. Ko'pincha yiringli jarayon panjani kaft sirtiga tarqaladi.

**Davolash.** Umumiy yoki regionar anesteziya bilan tenarni biriktiruvchi to'qimalari kesib ochiladi. Shuni nazarda tutish kerakki kaftni «man qilingan soha» sira tig' tegib ketishi mumkin emas. Bundan tashqari kesma qilish paytida katta barmoqni kalta mushaklarini innervasiya qiluvchi radial nervni harakatlantiruvchi tarmog'i shikastlanmasligi kerak.

Gipotenar sohasida yiringli yallig'lanish deyarli kam uchraydi. Infektsiya

to'g'ridan-to'g'ri mayda jarohatlar orqali kiradi.

Kaft sirtida flegmona ko'pincha furunkul , infisirlangan jaroxat, tiralgan, shilingan jaroxatlar asoratidan kelib chiqadi. bundan tashqari kaft tomondan yiring tarqalishi natijasida ham yuzaga keladi. Shish va qizarish kaft orti sohada odatdagiday kaft sathini yiringli yallig'lanishiga nisbatan ko'proq kuzatiladi, lekin og'riqli sindrom — kamroq, Umuman aytganda yiringli jarayon kaftni yiringli jarayoniga nisbatan bezarar kechadi, kamdan-kam hollarda yiringli yallig'lanilani bilak sohasiga tarqalishi mumkin, shunda sepsis bilan asoratlanishi ehtimoldan xoli emas. Davolashda yiringli o'choq operatsiya qilib ochiladi va drenajlar qoldiriladi.

## AMALIY QISM.

### SAVOLLAR

- 1) Panaritsiy necha xil ko'rinishlari mavjud.
- 2) Teri panaritsiy. Klinik ko'rinishi. Davolash.
- 3) Teri osti panaritsiy. Klinik ko'rinishi. Davolash.
- 4) Paronixiy. Klinik ko'rinishi. Davolash.
- 5) Tirnoq osti panaritsiy. Klinik ko'rinishi. Davolash.
- 6) Yiringli tendovaginit. Klinik ko'rinishi. Davolash.
- 7) Bo'g'im panaritsiy. Klinik ko'rinishi. Davolash.
- 8) Suyak panaritsiy. Klinik ko'rinishi. Davolash.
- 9) Pandaktilit. Klinik ko'rinishi. Davolash.
- 10) Kaft flegmonasi. Klinik ko'rinishi. Davolash.

### VAZIYATLI MASALALAR.

1) Bemor M., 17 yosh, 3 hafta oldin chap qo'lning 5-barmog'ida o'tkir og'riqlar paydo bo'lgan. Barmoq keskin shishib ketgan, bemor bir necha kecha davomida og'riq tufayli uxlamagan. Barmoq ustidagi shish o'sishda davom etib, kaftga, keyin esa chap qo'lning birinchi barmog'iga tarqaldi, bu yerda ham o'tkir og'riqlar paydo bo'ldi.

Savollar:

1.Sizning tashxisingiz ?

2.Davolash taktikangiz?

3.Antibiotiklarni yuborishni qanday samarali usulini qo'llashimiz mumkin?

2) Uch kun oldin 18 yoshli bemor K., ish paytida o'ng qo'lning II- barmog' narsa kirib ketdi . Jarohatdan keyin og'riq ozgina edi. Keyin mayda zarra kirgan joyida pulsatsiyalanuvchi tabiatli og'riqlar paydo bo'ldi. Tana haroratining ko'tarilishi. Kechasi og'riq tufayli uxlamadi. Barmoqni palpatsiya qilishga narsa kirgan joyda o'tkir mahalliy og'riqlar mavjud va giperimiya.

Savollar:

1.Sizning tashxisingiz ?

2.Davolash taktikangiz?

3. Barmoqlarning yiringli kasalliklarida anesteziya qilish texnikasi.

3) Bemor teri osti panaritsiysi tashxisi bilan 12 kundan beri poliklinikada davolanadi. Ikki marta operatsiya qilingan, chap qo'lning ikkinchi barmog'ining tirnoq falangasida kesmalar qilingan. Barmoq taranglashgan kolbasimon, yaradan ko'p yiringli ajralmalar ajralmoqda.

Savollar:

1.Sizning tashxisingiz ?

2.Davolash taktikangiz?

3Asosiy qo'shimcha tekshirish usuli.

4) Bemor M., 60 yosh, jarrohlik bo'limiga yotqizilgan anamnezida shikoyatlar 10 kun avval boshlangan, chap qo'lning II barmog'da og'riq, barmoqning disfunktsiyasi, umumiy zaiflik, tana haroratining 38°C gacha ko'tarilishi. Ob'ektiv: bemorning ahvoli qoniqarli, puls 90 uradi 1 daqiqada, AQB - 120/80 mm smb. ust., tana harorati 38°C, II chap qo'l barmoq keskin qalinlashgan, deformatsiyalangan, teri shishgan, siyanotik. O'rta falanga sohasida yiringli oqmalar mavjud. Faol harakatlar yo'q. Rentgenogrammada barmoqni suyagida

destruksiya aniqlanadi.

Savollar:

1.Sizning tashxisingiz ?

2.Davolash taktikangiz?

3Bu holatda og'riqsizlantirishni qanday turini tanlash kerak?.

5) Bemorni ko'zdan kechirganimizda tirnoq plastinkasi ostida yiring borligi aniqlandi. Bemorni so'zlariga qaraganda 2 kundan beri og'riq bor. Palpatsiya qilinganda o'tkir mahalliy og'riq bor.

Savollar:

1.Sizning tashxisingiz ?

2.Davolash taktikangiz?

3.Operatsiya qanday og'riqsizlantirish bilan bajariladi.

## **JAVOBLAR.**

Vaziyatli masala 1

1. Chap kaft V shaklidagi flegmonasi

2. Jarrohlik yo'li bilan davolash. Kaft va bilakda palma yuzasi bo'ylab bir nechta kesmalar bilan flegmonani ochish va drenajlash.

3 Antibiotiklarni jgut ostida oqilona tomir ichiga yuborish.

Vaziyatli masala 2

1. Chap qo'lning 2- barmog'i teri osti panaritsiysi.

2. Panaritsini ochish, yarani antiseptiklar bilan davolash, drenajlash.

3. Oberst Lukashevich usulli bo'yicha, 2% novokain 2 ml eritmasi bilan 2-barmog'ining lokal anesteziya qo'llaniladi, bu barmoq tagining lateral yuzalari bo'ylab qilinadi.

Vaziyatli masala 3

1.Suyak panaritsiysi.

2. Operativ davolashda faol drenajlash va antibiotikoterapiya



3. Barmoq rentgenografiyasi.

Vaziyatli masala 4

1. Chap qo'l 2-barmoq pandaktiliti.

2. Pandaktilitda faqat operativ davolash talab qilinadi, chunki konservativ davolash mutlaqo samarasiz. Operatsiyada barcha hayotga noloyiq to'qimalar olib tashlanadi. Ko'p hollarda barmoqni amputasiya qilishga to'g'ri keladi.

3. Umumiy og'riqsizlantirish- tomir ichiga yoki niqonli anesteziya.

Vaziyatli masala 5

1. Tirnoq osti panaritsiysi.

2. Agarda yiring tirnoq ostiga o'tgan bo'lsa tirnoq qisman kesib tashlanadi. Agarda tirnoqni ko'p qismi ko'chgan bo'lsa to'liq olib tashlanadi.

3. Operatsiya mahalliy og'riqsizlantirish bilan bajariladi. Shuni nazarda tutish kerakki, bemorda novokainga sezuvchanligi mavjud bo'lsa, unda og'riqsizlantirishning boshqa usullari tanlanadi.

### TESTLAR.

1. Qaysi turdagi panaritsiyda barmoq kolbosasimon ko'rinishga keladi?:

A. Teri.

B. Teri osti.

C. pay.

D. suyak.

E. bo'g'imlar

2. Teri osti panaritsiysini ochish qachon amalga oshiriladi?

A. Birinchi uyqusiz tundan keyin.

B. Shish paydo bo'lgandan keyin.

C. Maxalliy giperemiya paydo bo'lishi bilan.

D. Yallig'lanish jarayonining yiringli-nekrotik bosqichga o'tishida.

E. Og'riq boshlanishi bilan

3. Qaysi turdagi panaritsiyda jarohatlangan barmoq biroz egilgan holatda boladi va uni yozishga xarakat qilganimizga og'riq kuchayadi?:

A. Suyak.

B. Teri.

C. Teri osti.

D. Pay.

E. Bo'g'imlar

4. Yiringli tendovaginitning asosiy sabablari nima?

A. Pay qinini ochiq jarohatlarida.

B. Pay qiniga yod jisimni kirishi.

C. Yallig'lanishning atrofdagi to'qimalardan o'tishi.

D. Yuqoridagi barcha sabablar.

E. Tog'ri javob yoq

5. Teri osti panaritsiyasida og'riqsizlantirishni qaysi turi eng oqilona?

A. Og'riqsizlantirish mahalliy, o'tkazuvchan Obersta - Lukashevicha usuli bilan.

B. Vena ichiga.

C. Umumiy og'riqsizlantirish «niqobli»

D. Vishnevskiy bo'yicha anesteziya.

E. Tog'ri javob yoq

### **JAVOBLAR.**

1-C

2-D

3-D

4-D

5-A

## GLOSSARIY

- 1) **Aseptika**- bu fizik, kimyoviy omillar va biologic usullarni qo'llash orqali mikroblarning operatsiya jarohatiga tushishni oldini olishga qaratilgan chora tadbirlar yeg'indisi xisoblanadi
- 2) **Anesteziya** [yun. an – inkor qo'shimchasi va aisthesis – sezgi, xis etish] – sezgini yoqotish, og'riqsizlantirish. Sun'iy anesteziya, ko'pincha jarrohlikda va boshqa(lar) xollarda qo'llaniladigan og'riqsizlantishdir. Umumiy va mahalliy turlari bor.
- 3) **Anamnez**- kasallik tarixi
- 4) **Anemiya**- yoshga qarab qizil qon pigmenti (gemoglobin) va / yoki qizil qon hujayralari (bu ko'rsatkich "gematokrit" deb ataladi) kontsentratsiyasining past darajada pasayishi.
- 5) **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.
- 6) **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.
- 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 infeksiyalarga 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'qimalarga 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 asboblardan yordamida, odatda umumiy og'rislantirish ostida amalga oshiriladi.

**16) Punksiya**-tashxis yoki davolash uchun maxsus asboblardan (masalan, maxsus ichki bo'sh igna) yordamida tahlil qilish uchun bemordan suyuqlik va to'qimalar namunalarini olish

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

**18) Retsidiv**-(lot. Recidivus- qaytalanuvchi, takrorlanuvchi) kasallikning qaytishi, tuzalgandan keyin qayta kasallanish.

**19) Reabilitatsiya**- ( lot. rehabilitatio — tiklash) (tibbiyotda) — organizmning buzilgan funksiyasini va bemorlar hamda nogironlarning mehnat qobiliyatini tiklashga qaratilgan tibbiy, pedagogik va ijtimoiy chora-tadbirlar majmui.

**20) Simptom**-kasallik belgisi, kasallik qanday namoyon bo'ladi

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

**22) 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.

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

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

**25) trombotsitlar**-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.

**26) 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.

**27) Travma** [yun. trauma – shikast] – tashqi muhit ta'sirida organizm to'qimalari va a'zolar faoliyatining buzilishi. Shikastlovchi omillarga ko'ra mexanik, kimyoviy, elektrik, termik, shuningdek, psixik travma bo'ladi.

**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.

**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.

## ADABIYOTLAR RO`YHATI.

1. 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.
2. 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.
3. Agren M.S. Wound debridement optimisation // J. Wound Care. – 2014. – N23. – P.381
4. Gostishchev V.K. Infektsii v khirurgii. Rukovodstvo dlya vrachey/Pod red. V.K. Gostishcheva. – M.: GEOTAR – Media, 2007. – 759 s.
5. Bailey & Love's. Short Practice of Surgery. 25th Edition. 2008
6. 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.
7. Ennis W.J., Meneses P. Wound healing at the local level: the stunned wound. Ostomy Wound Manage 2000; 46(1A Suppl):39S-48S.
8. 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.
9. Falanga V. Introducing the concept of wound bed preparation. Int Forum Wound Care 2001; 16:1-4.
10. Falanga V. Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. Wound Repair Regen 2000; 8:347-52.
11. Gumanenko Ye.K. Praktikum po voyenno-polevoy khirurgii. Ye.K. Gumanenko. Foliant, 2006. 312 s.
12. Goryunov S.V., Roashov D.V., Butivshchenko I.A. Gnoynayakirurgiya. Atlas. M.: Binom. – 2004. – 558 s.



13. 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.
14. Балацкий Е.Р., Журавлева Ю.И. Обоснование опережающего удаления сухожильно-фасциальных образований при лечении гнойно-некротического поражения конечностей в условиях трофических нарушений. Клиническая хирургия № 11-12, 2009 - 6-7с
15. Король С.А. Научное обоснование оптимальной схемы эвакуации раненых с тяжелой боевой травмой конечностей на основе патофизиологических изменений показателей гомеостаза. Хирургия Украины № 4. 2017.-17-21с.
16. Кондратенко П.Г. Соболев В.В. Хирургическая инфекция. Практическое руководство. Донецк-2007-511с.
17. Охунов А.О., Пулатов У.И., Охунова Д.А. Случай особенности клинического течения гнойно-воспалительного заболевания мягких тканей на фоне сахарного диабета// European research: innovation in science, education and technology London, United Kingdom, 07-08 июня 2018 – С. 19-22.
18. 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.
19. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Общая хирургия в модулях – Электронный учебник на русском языке – 2013 год.
20. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Неспецифическая хирургическая инфекция.- Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках.-2013 год.
21. 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.
- 22.Охунов А.О. ва бошқалар//Умумийхирургия.- Электрон учебник на узбекском языке – 2014 йил.
- 23.Охунов А.О., Каюмов Т.Х.//Что такое хирургия?-Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках.-2014 год.
- 24.Охунов А.О., Ходиев Х.С.//Учение о ранах.- Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках.-2014 год.
- 25.Охунов А.О.//Основы травматических повреждений.- Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках.-2014 год.
- 26.Охунов А.О., Мехманов Ш.Р.//Термические поражения.- Электронное учебное пособие на узбекском, русском и английском языках.-2014 год.
- 27.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.
- 28.Загальна хірургія: підручник для студ. вищих навч. Закладів / за ред. проф.: Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова, В.О. Шідловського. - Вінниця: Нова Книга, 2018.- 344с.
- 29.Современные принципы лечения гнойных ран: учебное пособие для слушателей факультета подготовки врачей и ординаторов по специальности «хирургия» /С. Я. Ивануса, П. Н. Зубарев, Б. В. Рисман, О. А. Литвинов — спб. : «онли-пресс», 2017. — 36 с.