

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI  
SAQLASH VAZIRLIGI

---

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

Ohunov A.O., Qasimov U.Q., Boboyev Q.X

# **YIRINGLI MEDIASTITIT. TUSHUNCHA. TASHXISLASH**

**USLUBIY TAVSIYANOMA**



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

«TASDIQLAYMAN»

Fan va ta'lim boshqarmasi  
boshlig'i, t.f.d., professor



U.S.Ismailov

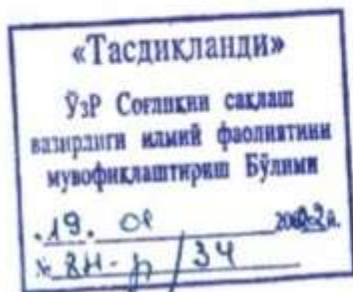
« 18 » 01 2022 y.

Ohunov A.O, Qasimov U.Q., Boboyev Q.X

YIRINGLI MEDIASTENIT.TUSHUNCHA.TASHXISLASH.

*(uslubiy tavsiyanoma)*

Toshkent – 2022



### **Tuzuvchilar:**

**OHUNOV Alisher Oripovich** - tibbiyot fanlari doktori, professor, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrası 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.

**KASIMOV Ulug'bek Kurkmasovich** - tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrası dotsenti.

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

### **Taqrizchilar:**

**SATTAROV O.T.** - tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi davolash fakultetining fakultativ va gospital jarrohligi kafedrası dotsenti;

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

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

Uchrashuv bayonnomasi No "4" dekaber 2021

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

Uchrashuv bayonnomasi No "5" dekaber2021

## MUNDARIJA

| №  | MAVZULAR                              | SAXIFA |
|----|---------------------------------------|--------|
| 1  | Kirish                                | 5-6    |
| 2  | Mediastenit tushunchasi va tasnifi    | 7      |
| 3  | Birlamchi mediastenit                 | 8-14   |
| 4  | Ikkilamchi mediastenit                | 15-21  |
| 5  | Operatsiyadan keyingi mediastenit     | 22-27  |
| 6  | Mediastinitning mikrobiologiyasi      | 28-29  |
| 7  | Mediastenitning patologik anatomiyasi | 30-31  |
| 8  | Patogenez                             | 32-33  |
| 9  | Diagnostika mezonlari                 | 34-35  |
| 10 | Xulosa                                | 36-37  |
| 11 | Adabiyotlar                           | 38-39  |

## KIRISH

Mediastin to'qimalarining yallig'lanishi - mediastinit - polietiologik kasallik bo'lib, uni davolashda shifokorlar hal qilish qiyin bo'lgan muammolarga duch kelishadi. Ko'p sonli xilma-xil kasalliklar, diagnostik tadqiqotlar, terapevtik manipulyatsiyalar, bo'yin, ko'krak va qorin bo'shlig'i a'zolaridagi operatsiyalarning asoratlari sifatida yuzaga keladigan mediastinit umumiy, torakal va kardiojarrohlar, stomatologlar, otorinolaringologlar, endoskopistlar boshqa mutaxassisliklar shifokorlari amaliyotida paydo bo'lishi mumkin. . (2,5).

Ko'ks oralig'I bo'shliqda xo'ppoz borligini tan olgan birinchi shifokor Galen (miloddan avvalgi 160 yil). Ko'krak qafasining to'mtoq jarohatidan keyin mediastinit rivojlangan yigitning sternatomiyasini o'tkazdi. Mediastinda xo'ppozlarning rivojlanishi mumkinligi haqidagi ko'rsatkichlar boshqa antik mualliflar, xususan, Abu-Ali ibn-Sino va Baronio asarlarida ham uchraydi (7,8). Avenzoir "mediastinit" atamasini kiritdi va bu kasallikning bir qator belgilarini keltirdi. Boyer birinchi bo'lib retrosternal xo'ppozning klinik ko'rinishini ko'proq yoki kamroq aniq tasvirlab bergan. (1,4).

N.I. Pirogov to'sh orti to'qimalarining yiringli yallaiglanish haqidagi g'oyalarni rivojlantirishga katta hissa qo'shgan. U mediastinal to'qimalarning yiringli yallig'lanishining ikkita shaklini aniqladi - xo'ppoz va flegmona. N.I. Pirogov infektsiyaning mediastinga kirishining mumkin bo'lgan yo'llarini ko'rsatdi: ikkinchisining yorilishi bilan qizilo'ngachdan; jarohatlar tufayli, ayniqsa, o'q yoki boshqa begona jismlar mediastinada bo'lsa; va bo'yinning hujayra bo'shliqlaridan yiringli jarayonning tarqalishi bilan (3,6).

Ammo shuni e'tirof etish kerakki, mediastindagi yiringli jarayonlarning kechish xususiyatlarini tushunish uchun eng muhim masala bo'yicha turli mualliflarning ma'lumotlari - mediastinning fassial shakllanishlarining tarkibiy xususiyatlari to'g'risida - juda ziddiyatli bo'lib qoldi..

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI**  
**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**  
**Umumiy jarrohlik kafedrası №1**



**YIRINGLI MEDIASTINIT. TUSHUNCHA.TASHXISLASH**  
**(uslubiy tavsiyanoma)**

Toshkent-2022

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI  
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
Umumiy jarrohlik kafedrası №1**

**"TASDIQLAYMAN"**

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

**Ismailov O`.S**

**" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2022 yil.**

**"KELISHILDI"**

**O'zbekiston Respublikasi  
Sog'liqni saqlash vazirligi  
tibbiy ta'limni  
rivojlantirish markazi  
direktori**

**Eshpo`latova M.R.**

**" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2022 yil**

**YIRINGLI MEDIASTINIT. TUSHUNCHA. TASHXISLASH  
(uslubiy tavsiyanoma)**

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.

**KASIMOV Ulug'bek Kurkmasovich** - tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot akademiyasi 1 -son umumiy va bolalar jarrohligi kafedrasini dotsenti.

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

### **Taqrizchilar:**

**SATTAROV O.T.** - tibbiyot fanlari doktori, Toshkent tibbiyot akademiyasi davolash fakultetining fakultativ va gospital 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 No "4" dekabr 2021

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

Uchrashuv bayonnomasi No "5" dekabr 2021



## MUNDARIJA

| №  | MAVZULAR                              | SAXIFA |
|----|---------------------------------------|--------|
| 1  | Kirish                                | 5-6    |
| 2  | Mediastenit tushunchasi va tasnifi    | 7      |
| 3  | Birlamchi mediastenit                 | 8-14   |
| 4  | Ikkilamchi mediastenit                | 15-21  |
| 5  | Operatsiyadan keyingi mediastenit     | 22-27  |
| 6  | Mediastinitning mikrobiologiyasi      | 28-29  |
| 7  | Mediastenitning patologik anatomiyasi | 30-31  |
| 8  | Patogenez                             | 32-33  |
| 9  | Diagnostika mezonlari                 | 34-35  |
| 10 | Xulosa                                | 36-37  |
| 11 | Adabiyotlar                           | 38-39  |

## KIRISH

Mediastin to'qimalarining yallig'lanishi - mediastinit - polietiologik kasallik bo'lib, uni davolashda shifokorlar hal qilish qiyin bo'lgan muammolarga duch kelishadi. Ko'p sonli xilma-xil kasalliklar, diagnostik tadqiqotlar, terapevtik manipulyatsiyalar, bo'yin, ko'krak va qorin bo'shlig'i a'zolaridagi operatsiyalarning asoratlari sifatida yuzaga keladigan mediastinit umumiy, torakal va kardiojarrohlar, stomatologlar, otorinolaringologlar, endoskopistlar boshqa mutaxassisliklar shifokorlari amaliyotida paydo bo'lishi mumkin. .. (2,5).

Ko'ks oralig' I bo'shliqda xo'ppoz borligini tan olgan birinchi shifokor Galen (miloddan avvalgi 160 yil). Ko'krak qafasining to'mtoq jarohatidan keyin mediastinit rivojlangan yigitning sternatomiya o'tkazdi. Mediastinda xo'ppozlarning rivojlanishi mumkinligi haqidagi ko'rsatkichlar boshqa antik mualliflar, xususan, Abu-Ali ibn-Sino va Baronio asarlarida ham uchraydi (7,8). Avenzoir "mediastinit" atamasini kiritdi va bu kasallikning bir qator belgilarini keltirdi. Boyer birinchi bo'lib retrosternal xo'ppozning klinik ko'rinishini ko'proq yoki kamroq aniq tasvirlab bergan. (1,4).

N.I. Pirogov to'sh orti to'qimalarining yiringli yallaiglanish haqidagi g'oyalarni rivojlantirishga katta hissa qo'shgan. U mediastinal to'qimalarning yiringli yallig'lanishining ikkita shaklini aniqladi - xo'ppoz va flegmona. N.I. Pirogov infeksiyaning mediastinga kirishining mumkin bo'lgan yo'llarini ko'rsatdi: ikkinchisining yorilishi bilan qizilo'ngachdan; jarohatlar tufayli, ayniqsa, o'q yoki boshqa begona jismlar mediastinada bo'lsa; va bo'yinning hujayra bo'shliqlaridan yiringli jarayonning tarqalishi bilan (3,6).

Ammo shuni e'tirof etish kerakki, mediastindagi yiringli jarayonlarning kechish xususiyatlarini tushunish uchun eng muhim masala bo'yicha turli mualliflarning ma'lumotlari - mediastinning fassial shakllanishlarining tarkibiy xususiyatlari to'g'risida - juda ziddiyatli bo'lib qoldi..

Jarrohlik davolash tamoyillarini shakllantirishning boshlanishi 1888 yilga to'g'ri keladi, bunda Sankt-Peterburg harbiy tibbiyot akademiyasining professori I.I. Nasilov (11) dunyoda birinchi bo'lib orqa mediastinga dorsal yondashuvni taklif qildi, bu ushbu sohadagi yiringli yallig'lanish jarayonlarini davolash uchun foydalanish imkoniyatini ko'rsatdi. Ular ko'rib chiqilayotgan muammoga XX asrning 10-20-yillarida ko'proq e'tibor berishni boshladilar. Buning sababi YM bilan og'rigan bemorlar sonining ko'payishi, o'z navbatida, o'sha paytda tavsiya etilgan asboblardan foydalangan holda diagnostika va terapevtik muolajalarni amalga oshirishda qizilo'ngachning yatrogenik shikastlanishlari sonining ko'payishi bilan bog'liq edi.

Biroq, bugungi kunda ham yiringli mediastinit diagnostika va davolashning ko'plab masalalari qo'shimcha tushuntirish, o'rganish va ishlab chiqishni talab qiladigan kasallik bo'lib qolmoqda, prognoz juda jiddiy va davolanish natijalari ko'pincha orzu qilingan narsalarni qoldiradi. Ushbu uslubiy tavsiya mediastinitni tashxislash tushunchasi va masalalarini o'rganadi.

## **Mediastenit tushunchasi va tasnifi**

**Mediastinit** - bu ko`ks oralig`i soxasini yallig'lanishi. O'tkir mediastinitning asosiy sabablari: qizilo'ngachning teshilishi, ogiz boshligi va bo'yinning yiringli kasalliklari, shuningdek, o`rta sternotomiyaning oqibatlari. Ikki xil turi farqlanadi: birlamchi va ikkilamchi mediastit.

**Birlamchi** yiringli mediastinit, agar u ko`ks oraligi organlarning kasalliklari va shikastlanishlarining birlamchi yiringli asoratlari sifatida rivojlanishi.

**Ikkilamchi** yiringli mediastinit ko`ks oraligi to'qimalardan tashqarida birlamchi yiringli o'choq mavjud bo'lganda, yiringli jarayonning ko`ks oralig`iga tegishi yoki metastatik tarqalishi bilan rivojlanadi.

Klinik nuqtai nazardan, operatsiyadan keyingi mediastinitni maxsus guruhga ajratish maqsadga muvofiq ko'rinadi.

Albatta, paydo bo'lish mexanizmiga ko'ra, turli xil jarrohlik aralashuvlarning asoratlari sifatida rivojlanadigan mediastinit birlamchi va ikkilamchi bo'lishi mumkin. Operatsiya qilingan bemorlarda mediastindagi yiringli jarayonning kechishi va klinik ko'rinishi YM ning boshqa variantlarida kuzatilmaydigan o'ziga xos xususiyatlarga ega.

## 1.1 Birlamchi mediastenit

Mediastin to'qimalarining birlamchi yiringli shikastlanishi ekzogen infeksiyani ko'rsatadi. Birlamchi YMning eng keng tarqalgan sababi mediastinda joylashgan bo'shliq organlarning teshilishi - qizilo'ngach va yuqori nafas yo'llari va birinchisi ikkinchisiga qaraganda ancha tez-tez kuzatiladi. Birlamchi YM rivojlanishining boshqa sabablari, ular kamroq kuzatiladi.

### *1.1.1. Qizilo'ngach shikastlanishi tufayli paydo bo'luvchi yiringli mediastinit*

Qizilo'ngachning yorilishi YMning "klassik" sababidir. Qizilo'ngachning turli xil shikastlanishlari o'rtasidagi munosabatlar XX asr davomida, birinchi navbatda, oshqozon-ichak trakti va ko'krak qafasi organlarida operatsiyalarni tekshirish uchun endoskopik usullarning keng qo'llanilishi tufayli sezilarli o'zgarishlarga duch keldi.

Eng yirik zamonaviy statistikada bu sabablarning nisbati ancha barqaror. Qizilo'ngachning travmatik teshilishlari 42-48%, yatrogen 30-40%, 4-14% hollarda kasalliklarga bog'liq. Shikastlanishlarning umumiy sonidan umurtqa pog'onasi 39,1%, ko'krak - 56,6%, qorin bo'shlig'i - 4,3% (17). Qizilo'ngachning shikastlangan shikastlanishlarida mediastinit. Etarli darajada ko'p miqdorda jarohatlar qizilo'ngachning shikastlanishiga olib kelishi mumkin, ular shikastlovchi vositaning ta'sir qilish yo'nalishi bo'yicha - ichkaridan (xorijiy jismlar, kimyoviy va termal kuyishlar, gidravlik va boshqalar) bo'linishi mumkin. pnevmatik zarbalar va tashqi tomondan (ko'krak va bo'yinning shikastlanishi va yopiq travmasi , boyin umurtqasi sinishi). Qizilo'ngachda yot jism borligidan shikoyat qilgan bemorlarning umumiy sonidan qizilo'ngachning teshilish chastotasi 0,9 - 1,6% (10, 12, 18). Qizilo'ngachning teshilishining barcha sabablari orasida begona jismning shikastlanishi 16 dan 48% gacha. Ko'pincha, bu jarohatlar bo'yin umurtqa pog'onasida va birinchi anatomik torayish sohasida lokalizatsiya qilinadi.

Eng ko'p uchraydigan travmatik vosita suyaklardir (ko'pincha baliq, kamroq parranda go'shti va hatto kamroq go'sht) (14). Qizilo'ngachga zarar etkazuvchi boshqa begona jismlarga tikuv ignalari (22), tangalar, tugmalar va manjetlar, meva suyaklari kiradi va makkajo'xori chiplari bo'lgan bolada qizilo'ngachning teshilishi holati tasvirlangan (25). Katta begona jismlar (suyaklar, protezlar) tomonidan shikastlanish ko'pincha mastlik holatida kattalarda kuzatiladi.

Yot jism mavjudligida qizilo'ngachning teshilish mexanizmi boshqacha bo'lishi mumkin. Qizilo'ngachning teshilishi qizilo'ngachning devoriga begona jismning bevosita ta'siridan kelib chiqishi mumkin.

Yana bir keng tarqalgan variant - begona jismni olib tashlash uchun noto'g'ri yoki noto'g'ri tibbiy yordam ko'rsatish natijasida shikastlanish (21,26).

Kichkina, o'tkir begona jismlar, ayniqsa ko'ndalang joylashganlar, qizilo'ngachning spastik qisqarishini keltirib chiqaradi, bu esa ponksiyon tipidagi teshilishga olib keladi. Ikki qirrali jismlar qizilo'ngach bo'ylab harakatlanayotganda devorlarning parchalanishiga olib kelishi mumkin. Katta, o'tkir begona jismlar to'g'ridan-to'g'ri qizilo'ngach devorini yirtib tashlaydi yoki teshadi. Bunday lezyonlar odatda ko'p, kichik o'lchamli va ko'p miqdorda aşınma va qon ketishlar bilan birga keladi.

O'z vaqtida olib tashlanmagan begona jism qizilo'ngach devorining bosim yarasini (nekrotizan ezofagit) keltirib chiqaradi va keyinchalik teshilish hosil bo'ladi. Bu holat, xususan, kimyoviy kuyish natijasida toraygan qizilo'ngach toraygan odamlarda, chaynalmagan katta yumshoq ovqat bo'laklari - ko'pincha go'sht ("go'sht bo`lagi") begona jism sifatida harakat qilganda mumkin. Teshilishning sekin rivojlanishi bilan atrofdagi to'qimalarda demarkatsiya jarayonlari tufayli yiringli fokusning ba'zi chegaralanishi mumkin.

Penetratsion bo'lmagan shikastlanishlar intramural xo'ppozlarning paydo bo'lishiga olib keladi, ular qizilo'ngachning lümeni va mediastinga (17) ochilishi mumkin, shuningdek, qizilo'ngach flegmonasi rivojlanishiga olib keladi. Yot jismlar tomonidan teshilish bilan YM rivojlanishining chastotasi 80% gacha (18) Qizilo'ngachning begona jism tomonidan teshilishi natijasida rivojlanadigan YM ning rivojlanish tezligi va xususiyatlari tabiati va xususiyatlariga bog'liq, zararlanish mexanizmi, begona jismning ifloslanish darajasi, paraezofagial to'qimalarda mavjud o'zgarishlarga mavjudligiga bog'liq (19).

***Qizilo'ngachning kimyoviy kuyishi natijasida yuzaga kelgan mediastinit.***

Devorning kimyoviy nekrozi tufayli kimyoviy kuyishlar bilan qizilo'ngachning teshilishi o'tkir bosqichda ham, nekrotik massalarni rad etish bosqichida ham mumkin. Birinchi turdagi ko'pchilik holatlar bemorning ahvolidning o'ta og'irligi, ham kuydiruvchi zaharning rezorbtiv ta'siri, ham tez rivojlanayotgan mediastinit va boshqa asoratlar tufayli o'limga olib keladi. Nekrotik massalarni rad etish bosqichida teshilish rivojlanishi bilan prognoz yanada qulayroq bo'lib qolsa ham, u jiddiy bo'lib qolmoqda, chunki paraezofagial to'qimalarda sikloratik-yallig'lanish o'zgarishlari sodir bo'lishi uchun vaqt bor, buning natijasida teshilish, qoida tariqasida, plevra bo'shlig'ida paydo bo'ladi va keng tarqalgan mediastinit rivojlanmaydi.

***Qizilo'ngachning giperbarik yorilishi natijasida yuzaga kelgan mediastinit.***

Gidravlik yorilish deb ataladigan tushuncha patologik o'zgargan qizilo'ngachning devorlariga bosimning o'tkir ortishi tufayli, ko'p miqdorda suyuqlik olib, tiqilib qolgan oziq-ovqat qismini "itarish" ga harakat qilganda paydo bo'ladi. Ular odatda katta va torakal yoki qorin bo'shlig'ida joylashgan.

Qizilo'ngachning pnevmatik yorilishining paydo bo'lish mexanizmi sanoat kompressorlari, siqilgan gazli tsilindrlar va boshqalar bilan ehtiyotsizlik (va ba'zan shunchaki bezorilik) paytida, shuningdek, bo'sh otish paytida siqilgan havo yoki gaz oqimining to'g'ridan-to'g'ri og'iz bo'shlig'iga zarbasidir.

" Aralash "gidropnevmatik zarba tish bilan yoki ochiq og'iz yaqinida yuqori gazlangan suyuqliklar - sharob, pivo, alkogolsiz ichimliklar bilan ochilganda mumkin. Pnevmatik va gidropnevmatik yorilishlar xalqumning orqa devoriga va qizilo'ngachning boshlang'ich qismiga zarar etkazadi.

***Qizilo'ngachning pichoq va o'q jarohatlari bilan zararlangandan keyingi mediastinit.***

Bo'yin jarohatlari bilan qizilo'ngachning shikastlanish chastotasi, turli mualliflarning fikriga ko'ra, 2 dan 10,8% gacha (16), ko'krak qafasidagi shikastlanishlar bilan - 1% dan kam (11). Qizilo'ngachning barcha mexanik shikastlanishlari orasida yaralar 5% dan ko'p bo'lmagan (3) tashkil qiladi. Ko'pincha jarohatlar paytida qizilo'ngachning shikastlanishi boshqa hayotiy anatomik tuzilmalar - traxeya, xiildoq, xalqum, qalqonsimon bez, katta tomirlarning shikastlanishi bilan birlashtiriladi, bu ko'pincha jarohatlar joyida qurbonlarning o'limiga olib keladi.

***Qizilo'ngachning yopiq shikastlanishi va ko'krak va bo'yin jarohatlari bilan rivojlanadigan mediastinit.***

Ko'krak qafasi va bo'yinning yopiq shikastlanishi bilan qizilo'ngachning shikastlanishi shikastlanishlarga qaraganda kamroq uchraydi va deyarli alohida emas. Yopiq ko'krak va torakoabdominal travma bilan kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda. Yopiq jarohat tufayli qizilo'ngachning yorilishi bilan keng tarqalgan mediastinitning rivojlanish ehtimoli juda yuqori.

***Qizilo'ngachning kasalliklar tufayli yuzaga kelgan mediastinit***

Eng keng tarqalgan va hozirgacha eng noto'g'ri tushunilgan sabab qizilo'ngachning o'z-o'zidan yorilishi - bu kasallik, shuningdek, Boerhaave sindromi, qizilo'ngachning barogen yorilishi, qizilo'ngachning apopleksiyasi va boshqa sababga ko'ra yuzaga keladi.

Boerhaave sindromi holatlarining 80% dan ortig'i 50 yoshdan oshgan erkaklarda uchraydi, garchi kasallik har qanday yoshda, hatto chaqaloqlarda ham uchraydi. Qorin bo'shlig'i organlariga aralashuvdan so'ng operatsiyadan keyingi erta davrda qizilo'ngachning yorilishi holatlari tasvirlangan..



Qizilo'ngachda oldingi o'zgarishlarga ma'lum bir ahamiyat beriladi - peptik ezofagit, kardiospazm, hiatal churra va boshqalar. Qizilo'ngachning o'z-o'zidan teshilishining asosiy etiologik omili sifatida odatda qusish natijasida yuzaga keladigan qorin bo'shlig'i, keyin esa qizilo'ngach ichidagi bosimning keskin oshishi hisoblanadi. Shu sababli, Boerhaave sindromining ko'p holatlari spirtli mastlik holati bilan bog'liq holda rivojlanadi.

Boshqa ishlab chiqaruvchi omillarga og'irlikni ko'tarish, defekatsiya, tug'ish, yirtiq yo'tal, astmatik holat kiradi.

Qizilo'ngachning o'z-o'zidan yorilishi ko'pincha pastki uchdan birida sodir bo'ladi, garchi yana barcha bo'limlarning yorilishi holatlari bo'lgan. O'z-o'zidan yorilishda qizilo'ngach nuqsonining sezilarli hajmi mediastinitning tez rivojlanishiga olib keladi, o'lim darajasi 80% ni tashkil qiladi.

#### ***Qizilo'ngachning yotrogen shikastlanishi bilan mediastinit.***

Instrumental ta'sirlar, avvalgidek, qizilo'ngachning teshilishining asosiy sabablaridan biri bo'lib, ba'zi statistik ma'lumotlarda ular barcha mexanik shikastlanishlarning 50% dan ortig'ini tashkil qiladi.

Yigirmanchi asrning boshlarida instrumental tadqiqotlar va manipulyatsiyalar paytida qizilo'ngachning shikastlanish chastotasi 8-10% ga yetdi (14), va ba'zi turdagi asboblardan foydalanganda (Graefe tanga ekstrakti, Weiss baliq suyagi va boshqalar) u shunchalik baland ediki, ulardan foydalanishdan butunlay voz kechish zarurati tug'ildi.

Afsuski, hozirgi vaqtda qizilo'ngachning instrumental shikastlanishi turli diagnostik tadqiqotlarda (oshqozon-ichak traktining yuqori qismini endoskopik tadqiqotlarning barcha turlari, bronkoskopiya, mediastinoskopiya), tibbiy muolajalarda (traxeya intubatsiyasi, kardiodilatsiya, qizilo'ngachning bujlashi, turli introduktsiyalarda, zondlashda va stentlashda) kuzatiladi, shuningdek, zond va stentlarning qizilo'ngachda uzoq vaqt qolishi paytida.

Shikastlangan qizilo'ngachning katta, chiziqli va ko'pincha bo'yin va yuqori ko'krak mintaqalarida lokalizatsiya qilinadi. Shikastlangan qizilo'ngachning chandiqlri odatda kichik hajmga ega va ko'krak mintaqasida, asosan, strikturalar ostida joylashgan. Qizilo'ngachning bir xil va turli darajadagi ikki tomonlama teshilishlari mavjud. Endoskopik tekshiruvda qizilo'ngachning teshilish ehtimolini oshiradigan holatlar quyidagilardir:

**Bemor bilan bog'liq** - yutqinning keng nok shaklidagi sinuslari, qizilo'ngachning past mushak tonusi (ko'pincha keksalarda, ayniqsa ayollarda kuzatiladi), bezovtalanuvchi xatti-harakatlar, kuchaygan qusish refleksi, bo'yni va ko'krak umurtqalarida artrit o'zgarishlari, old yuzasida osteofitlarning mavjudligi, diffuz yoki tugunli buqoq mavjudligi;

**tadqiqot o'tkazayotgan shifokor bilan bog'liq** - behushlik, charchoq, shoshqaloqlik, tajriba etishmasligi noto'g'ri tanlash va amalga oshirish.;

**apparat bilan bog'liq** - yomon ko'rinish, oblik optika, uzoq boshqariladigan qism (eski dizayndagi tolali qurilmalarda). Ko'pincha, xalqumning bo'yni orqa devorining eng yuqori segmenti shikastlanadi, bu pastki faringeal konstriktorning o'tishi paytida zo'ravonlik elementlari bilan bog'liq bo'lib, uning ostida to'g'ridan-to'g'ri faringeal-qizilo'ngach birikmasi zonasida joylashgan. orqa devorning mushak membranasining zaiflik zonasi (Zenker divertikulining shakllanish joyi). Ko'krak bo'yin umurtqasi 3-5 marta kamroq shikastlanadi bo'yin soxasiga nisbatan,

Qizilo'ngachni endoskop bilan teshilganda qizilo'ngach nuqsonining o'lchami odatda apparatning diametriga to'g'ri keladi yoki undan oshadi. Bunday shikastlanishlar noto'g'ri yo'lning shakllanishi va mediastinit va / yoki boshqa asoratlarning tez rivojlanishi bilan tavsiflanadi (agar noto'g'ri yo'l plevra yoki qorin bo'shlig'iga kirs).

Yatrogenik yorilishlar turli xil jarrohlik aralashuvlardan so'ng qizilo'ngachning turli etiologiyali strikturalari va qizilo'ngach anastomozlarining strikturalari bujlashning asoratlari sifatida qayd etilgan. Ba'zi usullar, xususan, ko'r bujlashe, tez-tez teshilishlar tufayli hozir deyarli butunlay qo'llanilmaydi. Zondlash orqali qizilo'ngachning yatrogenik shikastlanishi kam uchraydi. Yirtilishning sababi, qoida tariqasida, qizilo'ngachning patologik (koma) yoki dori-darmonlar (mushak gevşetici ta'siri) atoniyasi sharoitida oshqozonni bo'shatish maqsadida zondning qo'pol va shoshilinch o'tishidir. YM sun'iy qizilo'ngachning keyingi rivojlanishi bilan zond bilan teshilishlar tasvirlangan (2).

Qizilo'ngachning shikastlanishi bilan mediastinal to'qimalarda yiringli-fibrinoz yallig'lanish o'zgarishlarining rivojlanishi o'rtacha 6-8 soatdan keyin sodir bo'ladi. Instrumental jarohatlarda nuqson odatda sezilarli bo'lganligi sababli, YM boshqa turdagi jarohatlarga qaraganda tezroq va tez-tez rivojlanadi. Anesteziya ostida qizilo'ngach zararlanganda, seroz yallig'lanish bosqichining davomiyligi, aksincha, biroz oshadi.

Qizilo'ngachning shikastlanish kursi va prognozini aniqlaydigan YM ning rivojlanishi. Birlamchi teshilgan mediastinitda o'rtacha o'lim 30-40% ga etadi..

## 1.2. Ikkilamchi mediastinit

Yiringli mediastinitning o'ziga xos holatini ikkilamchi deb tasniflashga imkon beradigan o'ziga xos xususiyat bu mediastinal to'qimalarning infeksiyasining endogen yo'li bo'lib, bu tabiiy ravishda birlamchi yiringli fokus mavjudligini anglatadi. Klinik nuqtai nazardan, ikkilamchi yiringli mediastinit rivojlanishining uchta mexanizmini ajratish mumkin.

- Avij olgan yiringli jarayon
- Pastga tushuvchi nekrotik yiringli jarayon.
- Metastatik yiringli jarayon.

Ikkilamchi mediastinit birlamchiga qaraganda kamroq uchraydi.

### **Ikkilamchi mediastinit**

#### ***1. Kontakt - yiringli jarayonning tarqalishi tufayli:***

- 1.1. O'pka va plevradan
- 1.2. Ko'krak qafasining suyak skeletidan
- 1.3. Qorin bo'shlig'idan va retroperitoneal bo'shliqdan
- 1.4. Mediastinning o'smalari va kistalarining parchalanishi bilan
- 1.5. Bo'yinning uyali bo'shliqlaridan
  - 1.5.1. tonzilogen
  - 1.5.2. otogen
  - 1.5.3. laringogen
  - 1.5.4. parotit
  - 1.5.5. odontogen
  - 1.5.6. adenogen

#### ***2. Metastatik***

- 2.1. Infeksiya manbai aniqlangan holda
- 2.2. Noma'lum infeksiya manbai bilan
  - 1.2.1. Kontakt Mediastinit.

Ikkilamchi yiringli mediastinitning asosiy rivojlanishi ko'ks oralig'i to'qimalarning ko'pincha ta'sirlangan yiringli-yallig'lanish jarayonlari to'qimalar va organlar bilan bevosita aloqasi bilan bog'liq.

Ikkilamchi kontakt YMlarning barcha mumkin bo'lgan sabablari bilan jarrohlar hozirgi vaqtda asosan tonzilogen va odontogen YM bilan shug'ullanishlari kerak. Ushbu shakllarning o'ziga xos xususiyati shundaki, ko'ks oraliq to'qimalarda yuqumli jarayon ko'pincha aniq immunitet tanqisligi fonida rivojlanadi va nekrotizan fasiit shaklida davom etadi, bunda fastsial tuzilmalarning himoya-delimitatsion roli yo'qoladi va kasallikning klinik ko'rinishi. Kasallik sezilarli zo'ravonlik va asoratlarning tez rivojlanishi bilan ajralib turadi.

***Bo'yin bo'shliqlaridan yiringli jarayonning tarqalishi tufayli mediastinit.***

Ko'pincha ikkilamchi mediastinit bo'yinning chuqur flegmonasining mediastinga tarqalishi natijasida rivojlanadi. Bo'yin va boshning hujayrali bo'shliqlarining yaralari yiringli periostit, mastoidit, paratonsillar abscesslar va boshqalarning uzunligi bo'ylab yiringli jarayonlarning tarqalishi yoki bo'yin limfadenitning xo'ppoz shakllanishi tufayli yuzaga keladi, bu esa o'z navbatida turli yuqumli kasalliklarning natijasidir, og'iz bo'shlig'ining yallig'lanish kasalliklari (stomatit, pulpit, periodontit), burun va uning paranazal sinuslari (rinit, frontal sinusit, etmoidit, sinusit), quloq (otitis media, mastoidit), yuqori nafas yo'llarining respirator infeksiyalari, furunkullar va yuzning karbunkullari va boshqalar.

Bo'yin flegmonasi va mediastinitning ma'lum bir asosiy manbai bilan ular tegishli belgini oladi (tonzilogen, odontogen, otogen va boshqalar), "adenogen" ta'rifi odatda faqat asosiy sababi yuqori nafas yo'llari bo'lgan jarayonlarga nisbatan qo'llaniladi, yuqori nafas yoli trakti infeksiyasi bo'yin limfadenitining asosiy manbai aniqlanmagan bo'lsa.

Klinik amaliyotda bo'yinning chuqur flegmonasining ko'p qismi, shuning uchun ikkilamchi yiringli mediastinit tonzilogen va odontogen kelib chiqadi..

Ikkilamchi odontogen va tonzilogen YMning o'ziga xos xususiyati nekrotizan fasiit turining tarqalishi bilan o'ta og'ir, tez progressiv kurs sifatida tan olinadi, bu ularni qizilo'ngachning teshilishidan keyin rivojlanadigan birlamchi YMdan sezilarli darajada ajratib turadi. Ingliz tilidagi adabiyotlarda ularni ifodalash uchun tushuvchi nekrotizan mediastinit (DNM - tushuvchi nekrotizan mediastinit) atamasi keng qo'llaniladi (28).

### *Mediastinit xiqildoq va halqum kasalliklarining asorati sifatida.*

LOR a'zolari kasalliklari orasida palatin bodomsimon bezlarning paratonzillit kursi ko'pincha yiringli mediastinit bilan murakkablashadi. Ko'pincha paratonzillit tonzillitning asoratidir (ular paytida yoki undan ko'p o'tmay), kamroq tez-tez yuqori nafas yo'llarining turli infeksiyalari, hatto kamroq tez-tez travmatik, otogen, odontogen kelib chiqishi yoki patogenlarning gematogen yo'l natijasi bo'lishi mumkin. Farenks mushak devorining ichki yuzasida joylashgan bo'sh peritonsillar to'qimalarining, mos ravishda, bodomsimon bezlarning joylashishiga oldingi periofaringeal bo'shliq bilan aloqasi yallig'lanish jarayonining chuqur hujayrali bo'shliqlarga o'tish imkoniyatini keltirib chiqaradi. bo'yin va mediastinning. Palatin paratonzillit bilan og'rigan bemorlarning 2 foizida asoratlar (perifaringit, og'iz tubi flegmonasi, mediastinit, sepsis, parotit, nefrit, piyelit va boshqalar) kuzatiladi, asoratlarning rivojlanishi nuqtai nazaridan eng xavfli posterior va tashqidir. paratonsillar xo'ppozlar.

Bolalardagi retrofaringeal xo'ppozlar yuqori nafas yo'llarining respirator infeksiyasi (shu jumladan paratonzillit) yoki boshqa lokalizatsiya yallig'lanish jarayonlarining asorati sifatida rivojlanadigan retrofaringeal limfadenitning xo'ppoz shakllanishi natijasida yuzaga keladi.

Kattalardagi retrofaringeal bo'shliq deyarli limfoid to'qimalardan mahrum, u erda adenogen xo'ppozlar rivojlanmaydi..

### *Mediastinit quloq kasalliklarining asoratlari sifatida.*

GM rivojlanishi holatlari surunkali yiringli otit ommaviy axborot vositalarining asoratlari sifatida tavsiflanadi. Bunday hollarda infeksiyaning tarqalish yo'li yiringli mastoiditning rivojlanishi, so'ngra mastoid jarayonini o'rab turgan to'qimalarga yiringning chiqishi bilan davom etadi. Keyinchalik, flegmonaning tarqalishi infratemporal chuqurchaning hujayrali shakllanishlari orqali periofaringeal va retrofaringeal hujayrali bo'shliqlarga sodir bo'ladi.

Aurikulaning xondroperiodritining asorati sifatida tushuvchi nekrotizan mediastinit rivojlanishining tavsifi mavjud.

### *Odontogen mediastinit.*

Odontogen GM rivojlanishining boshlang'ich nuqtasi odatda surunkali periodontitning kuchayishi fonida tish chiqarishdir. "Sabbiy" tishlar odatda pastki jag'ning molarlari (odatda ikkinchi va uchinchi), kamroq tez-tez mandibulyar premolyarlar, istisno hollarda - yuqori jag'ning molarlari.

Jahon adabiyotiga ko'ra, odontogen mediastinitning chastotasi juda past..

*So`lak bezlari kasalliklaridan kelib chiqadigan mediastinit.*

Parotid so`lak bezining zich fastsial kapsulasi yuqori jarayonning faringeal devorga qaragan ichki yuzasida doimiy nuqsonga ega, bu orqali parotid tuprik bezining hujayra bo'shlig'i uning ichki qismida joylashgan infratemporal chuqurchaning to'qimasi bilan aloqa qiladi. oldingi periofaringeal bo'shliqning to'qimasi bilan aloqa qiladi. Yiringli parotitning asorati sifatida bo'yinning chuqur flegmonasi rivojlanishining tavsifi "Yiringli jarrohlik bo'yicha insholar" da mavjud.

*Bo'yni adenoflegmonasi tarqalishi tufayli mediastinit*

Agar bo'yni limfa tugunlarining yallig'lanishi ( bo'yni limfadeniti) klinik amaliyotda juda tez-tez kuzatilsa, adenogen xo'ppozlar va bo'yin flegmonasi shakllanishi bilan limfadenitning xo'ppoz shakllanishi hozirgi vaqtda kamdan-kam hollarda kuzatiladi va adenopaning asoratlari sifatida GM rivojlanishi hollari kamdan-kam uchraydi. Shunga qaramay, zamonaviy adabiyotlarda adenoflegmonaning asorati sifatida GM rivojlanishi, xususan, o'tkir respirator virusli infeksiya, yuqumli mononuklyozning kechishini murakkablashtirgan alohida ma'lumotlar mavjud. Shu munosabat bilan, masalan, V.F. Voyno-Yasenetskiy adenoflegmonaning rivojlanishini gripp, qizamiq, skarlatina, tonzillit, difteriya asoratlari sifatida tavsiflagan.

*O'pka va plevradan yiringli jarayonning tarqalishi tufayli mediastinit*

Hozirgi vaqtda o'pka va plevraning yiringli kasalliklarida GM og'ir surunkali piyoinflamatuar jarayonlarning terminal bosqichlarida yoki o'pkaning o'tkir yuqumli destruktivitasining tez kechishida juda kam uchraydi. Bu, odatda, glyukokortikoidlarni uzoq muddat qo'llash, orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi mavjudligi va boshqalar tufayli reaktivligi keskin o'zgargan bemorlarda sodir bo'ladi.

*Ko'krak qafasining suyak strukturasiidan yiringli jarayonning tarqalishi tufayli mediastinit*

20-asrning birinchi yarmida o'tkir mediastinit rivojlanishining sabablari orasida ko'krak qafasining suyak skeletining osteomiyelitlari barcha holatlarning 3,1% ni tashkil etdi. Adabiyotda ikkilamchi yiringli mediastinitning rivojlanishining tavsiflari mavjud bo'lib, birlamchi yiringli o'choqning klavikulada, sternoklavikulyar bo'g'imda, sternumda, qovurg'alarning xaftaga tushadigan qismida, ko'krak umurtqalari tanasida joylashgan.

Birlamchi yiringli shikastlanishlar sabablari orasida osteomielit (gematogen, travmadan keyingi, operatsiyadan keyingi), sil kasalligi, metastatik o'sma o'choqlarining chirishi qayd etilgan.



Suyak shakllanishidan tarqalish natijasida rivojlanadigan mediastindagi yallig'lanish jarayoni subakut, sust kurs bilan tavsiflanadi va chegaralangan xarakterga ega. Ushbu kursning sababi suyakning yiringli yo'q qilinishining sekin rivojlanishi bo'lib, buning natijasida atrofdagi to'qimalarda birinchi navbatda aseptik yallig'lanish, so'ngra sklerotik jarayonlar rivojlanadi, bu oxir-oqibat yiringli fokusning chegaralanishiga olib keladi. Ushbu turdagi GMning natijasi, birinchi navbatda, sababchi kasallikning kechishi bilan belgilanadi.

*Qorin bo'shlig'idan va retroperitoneal bo'shliqdan yiringli jarayonning tarqalishi tufayli mediastinit*

Qorin bo'shlig'i va retroperitoneal bo'shliqda birlamchi fokusning lokalizatsiya uzunligi bo'ylab tarqalishi tufayli GM rivojlanishi, mediastinal to'qimalarning retroperitoneal to'qimalari va kichik omentum qalinligida joylashgan to'qimalar bilan yuqoridagi xabarlar mavjudligi tufayli mumkin. ligamentlar. O'z amaliyotimizda biz retroperitoneal flegmonaning yuqoriga ko'tarilishi natijasida paydo bo'lgan bo'limda aniqlangan mediastinit holatini kuzatishimiz kerak edi, uning asosiy sababi yo'g'on ichakning parchalanadigan o'smasi edi.

*Mediastinit -o'smalari va mediastin kistalarining chirishi va yiringlashi natijasida rivojlanadi.*

Mediastin o'smalari va kistalarining yiringlashi va parchalanishi juda kamdankam hollarda GMning keng tarqalgan shakllarining rivojlanishiga olib keladi, chunki birlamchi jarayon, qoida tariqasida, juda sekin, asta-sekin davom etadi va atrofdagi to'qimalarning aniq yallig'lanish-chegaruvchi reaksiyasi bilan birga keladi. . Mediastinda topilgan kistalarning har xil turlaridan mediastinal hujayrali bo'shliqlarga o'tish bilan yiringlash dermoid kistalarda va har xil turdagi o'smalarda - teratomalarda tasvirlangan.

### **1.3. Operatsiyadan keyingi MEDIASTINIT**

GM ning rivojlanishi barcha turdagi jarrohlik aralashuvlardan so'ng mumkin, bunda u yoki bu tarzda mediastinning organlari va / yoki ular bilan aloqa qiladigan hujayrali bo'shliqlar ta'sir qiladi. Traxeya intubatsiyasining asoratlari bilan bog'liq GM ning rivojlanish mexanizmlari va xususiyatlari birlamchi mediastinit bo'limida tasvirlangan.

Ko'pgina hollarda mediastinal organlarga to'g'ridan-to'g'ri aralashuvdan so'ng GM asosiy mexanizmlarga muvofiq rivojlanadi. O'z navbatida, aralashuvlardan so'ng, faqat mediastin bilan aloqa qiladigan hujayrali bo'shliqlar manfaatdor bo'lgan GM odatda ikkilamchi mediastinit sifatida rivojlanadi.

### *1.3.1. Bosh va bo'yin organlarida operatsiyalardan keyin mediastinit.*

Bosh va bo'yin a'zolaridagi operatsiyalar an'anaviy ravishda eng toza jarrohlik aralashuvlarga tegishli, ulardan keyin yiringli asoratlar juda kam uchraydi. Shunga qaramay, ulardan keyin ham birlamchi, ham ikkilamchi mexanizmlar bo'yicha GM rivojlanishi holatlari mavjud. Birlamchi mexanizm bilan GM rivojlanishining asosiy sababi qizilo'ngachning tasodifiy sezilmaydigan shikastlanishidir. Klassik misol - shoshilinch traxeotomiya paytida skalpelning traxeyaning lümenine nazoratsiz kirishi tufayli traxeyaning orqa devori bilan birga qizilo'ngachning old devorining shikastlanishi.

GM rivojlanishiga olib keladigan bachadon bo'yni qizilo'ngachning tasodifiy sezilmagan shikastlanishlari qalqonsimon bezda saraton va retrosternal guatr uchun operatsiyalar, qalqonsimon bezga takroriy jarrohlik aralashuvlar, halqumni ekstirpatsiya qilish va saraton uchun traxeyani rezektsiya qilish paytida, yuqori nafas yo'llarining o'smalari uchun keng qamrovli rezektsiya aralashuvidan keyin rekonstruktiv operatsiyalar paytida.

Qizilo'ngachning shikastlanishining zaruriy shartlari bo'yin a'zolarining topogrofoanatomik munosabatlaridagi patologik o'zgarishlar va operatsiya texnikasining buzilishi (etarlicha kirish, qo'pol tortish va to'qimalarni asboblar bilan ushlab va boshqalar).

Bosh va bo'yin a'zolaridagi operatsiyalardan keyin ikkilamchi mexanizm bilan GM rivojlanishi banal yiringli jarayon variantida ham, tushuvchi nekrotik fasiit variantida ham mumkin.

**Birinchi turdagi holatlar kamdan-kam hollarda kuzatiladi:**

a) bo'yinning a'zolar va a'zolardan tashqari o'smalari uchun keng qamrovli rezektsiya muolajalari va keyingi rekonstruktiv operatsiyalardan so'ng;

b), bo'ynidagi yiringli jarayonlar uchun radikal bo'lmagan operatsiyalardan so'ng (agar takroriy aralashuv etarli darajada o'z vaqtida amalga oshirilsa!).

Bunday hollarda GM kursi nisbatan qulay, jarayon mediastinning yuqori qismlari bilan chegaralanadi, o'limga olib keladigan natijalar kam uchraydi.

O'tkir yoki dekompensatsiyalangan surunkali infeksiyalar fonida yoki bo'yin a'zolarida jarrohlik muolajalar o'tkazilgandan so'ng, og'ir immunitet tanqisligi bo'lgan bemorlarda tushuvchi nekrotizan fasiit turi bo'yicha GM rivojlanishi mumkin.

*1.3.2. Qizilo'ngach va oshqozonda operatsiyalardan keyin mediastinit.*

Qizilo'ngach va oshqozonda operatsiyalardan keyin mediastinit, qoida tariqasida, ichak naychasining shikastlanishi tufayli birlamchi mexanizm bo'yicha rivojlanadi. Adabiyotda buzilmagan ichak trubkasi va havo yo'llari bo'lgan qizilo'ngachga aralashuvlardan so'ng GM rivojlanishi mumkinligi haqida bayonotlar mavjud, ammo biz bunday holatlarni kuzatmadik..

Ichak trubasining uzluksizligini bir bosqichda tiklash bilan qizilo'ngachda rezektsiya aralashuvidan keyin GM rivojlanishining eng keng tarqalgan sababi mediastinda joylashgan qizilo'ngach anastomozlarining ishlamay qolishi hisoblanadi. Ushbu asorat odatda operatsiyadan 3-10 kun o'tgach rivojlanadi..

Ushbu asorat rivojlanadigan operatsiyalarning tabiati - turli xil kombinatsiyalarda va texnik variantlarda saraton kasalligi uchun qizilo'ngachni rezektsiya qilish va ekstirpatsiya qilish, oshqozon, ingichka va yo'g'on ichakdagi qizilo'ngachning plastik jarrohlik amaliyoti, begona jismlarni olib tashlash uchun qizilo'ngachni olib tashlash..

Muvaffaqiyatsizlikning asosiy sababi mobilizatsiyadagi texnik nuqsonlar bo'lib, organlarning qon ta'minoti va tikuvning buzilishiga olib keladi.

Kadiozofagial birikma sohasida asboblardan ham, barmoq bilan ham qo'pol manipulyatsiyalar to'g'ridan-to'g'ri qizilo'ngachning bexosdan intraoperativ shikastlanishiga olib keladi. Ehtimol, bunday harakatlarning eng dahshatli misoli, vaqti-vaqti bilan oshqozon rezektsiyasi paytida qo'pol tortishish tufayli oshqozonni qizilo'ngachdan intraoperativ ajratish holatlari.

Tusatdan jarohatlanish uchun anatomik predispozitsiya qiluvchi omillar:

- qorin bo'shlig'i qizilo'ngachining qisqarishi,
- hududdagi shilliq qavatda yallig'lanish o'zgarishlarining mavjudligi kardio-qizilo'ngachga o'tish,
- paraqizilo'ngach to'qimalarida sikatrik o'zgarishlar;
- diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasining mavjudligi.

Tasodifiy etkazilgan zararni qasddan aniqlay olmaslik va shuning uchun ularni bartaraf etmaslik va rejalashtirilgan nuqsonlarni etarli darajada bartaraf etmaslikning texnik prognozlari.:

- ish joyining etarli darajada ta'sirlanishi va yoritilmasligi,
- qo'llanmalarning texnikasi va texnologiyasiga rioya qilmaslik;
- intraoperativ tekshiruvlarni o'tkazmaslik ichak trubasining mexanik yaxlitligi.

### *1.3.3. O'pka operatsiyasidan keyin mediastinit*

O'pkadagi operatsiyalardan keyin GM rivojlanishining sabablaridan biri, uning yaqin atrofidagi qo'llanmada qizilo'ngachning tasodifiy shikastlanishi, qizilo'ngachning xodimi xasta neoplazmlarga nisbatan rezektsiyani amalga oshirish.

Ko'krak qafasidagi operatsiyalar paytida qizilo'ngachning intraoperativ shikastlanishiga surunkali yallig'lanish jarayoni, plevra bo'shlig'idagi keng yopishishlar, organlarning topografik anatomik munosabatlarini buzish va ularning siljishini keltirib chiqarishi mumkin, bu safarbarlik paytida orientatsiyani qiyinlashtiradi. Ba'zida mobilizatsiya qizilo'ngach devoriga qon ta'minoti buzilishi va operatsiyadan keyingi davrda oqma paydo bo'lishining sababi hisoblanadi.

Zararlanish ehtimoli tabiiy ravishda o'pka ildizi elementlarining yuqori (lekin intraperikard emas) kesishishi, tikuv moslamalarini o'rnatish, bronxial dumlarning plevriti bilan eng yuqori bo'ladi. Qizilo'ngachning tortish divertikulini sezmaganda holda bog'lash yoki kesish bilan operatsiya vaqtida shikastlanish mumkin..

Biroq, ko'pincha, o'pka aralashuvidan keyin mediastinal to'qimalarning yallig'lanishi qizilo'ngachdagi nuqson tufayli emas, balki bronxial dumning ikkilamchi etishmovchiligi yoki interbronxial va traxeobronxial anastomozlar bilan bog'liq. Ko'pgina hollarda, bunday o'zgarishlar o'pkaning yuqumli vayron bo'lishining og'ir keng tarqalgan shakllari (gangrena, gangrenoz abscess) va ikkilamchi infeksiya belgilari bilan o'sma lezyonlari bo'yicha operatsiyalardan keyin sodir bo'ladi. Bu o'zgarishlar deyarli hech qachon keng tarqalmagan - bu yoki kult xo'ppozi deb ataladigan yoki kapsula bilan chegaralanmagan, ammo baribir peribronxial to'qimalarda mahalliy yiringli-nekrotik o'zgarishlar mavjud, ehtimol bu holatda mediastinning drenajlanishiga hech narsa xalaqit bermaydi. plevra bo'shlig'i.

#### *1.3.4. Sternotomiyadan keyin mediastinit*

Sternotomiyadan keyingi yiringli mediastinit (PSM) muammosining ahamiyatini ortiqcha baholab bo'lmaydi. Yiringli mediastinitning paydo bo'lishi sternotomiyaga kirishdan amalga oshirilgan barcha turdagi operatsiyalardan so'ng, shu jumladan, timektomiyalardan so'ng qayd etilgan. Biroq, eng katta klinik va iqtisodiy ahamiyatga ega, albatta, kardiyak jarrohlikdan keyin PHM hisoblanadi. Har yili o'rtacha sternotomiya usuli bo'yicha milliondan ortiq yurak operatsiyalari amalga oshirilganligi sababli, ushbu asoratning chastotasi 0,23 - 3,8% (yara infeksiyasining umumiy darajasi 1 - 4,3%) (17), aslida, bu yiliga kamida 10 000 bemorda rivojlanishini anglatadi. Bir qator yirik statistik ma'lumotlarga ko'ra, yurak jarrohligidan keyin GM bilan kasallanish bo'yicha ma'lumotlar 0,64 dan 1,3% gacha.

PHM barcha turdagi kardiojarrohlikdan keyin kuzatiladi:

yurak va katta tomirlarning tug'ma va orttirilgan nuqsonlari uchun radikal va palliativ aralashuvlar;

koronar angioplastikaning har xil turlari (shu jumladan minimal invaziv usullar [433]), yurak va yurak-o'pka kompleksi transplantatsiyasi;

yurak va qon tomirlarining o'smalari uchun aralashuvlar.

GM bilan kasallanishning eng past darajasi tug'ma nuqsonlar bo'yicha aralashuvlardan so'ng kuzatiladi, ko'pincha ular koronar arteriyani aylanib o'tishdan keyin va hatto orttirilgan nuqsonlar bo'yicha operatsiyalardan keyin kuzatiladi.

GMning boshqa ko'rib chiqilgan shakllaridan farqli o'laroq, sternotomiyadan keyingi mediastinit nozokomial infeksiyaning klassik variantidir. Post-sternotomiyadan keyingi mediastinitning xususiyatlari oldingi mediastinito'qimalarining deyarli eksklyuziv shikastlanishi va sternumning yiringli-nekrotik jarayonda tez-tez ishtirok etishi, shuningdek, yurak jarrohligidan o'tgan bemorlar kontingentining o'ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqadigan o'ziga xos daqiqalardir.

## 1.4. Mediastinitning mikrobiologiyasi

GM ning teshilgan shakllarida mikrob florasining tabiati yuqori nafas yo'llari va oshqozon-ichak traktining normal florasini aks ettiradi.

Ikkilamchi (kontakt) GM bilan mediastindan chiqarilgan flora deyarli har doim birlamchi topilgan flora bilan bir xil bo'ladi. Shunday qilib, odontogen mediastinit bilan bemorlarning 81,8 foizida anaerob klostridial bo'lmagan flora aniqlanadi, chunki og'izning odatiy mikroflorasining bu vakillari odatda aeroblardan 10 dan 1 gacha ustunlik qiladi.

Yurak jarrohligidan so'ng rivojlanayotgan mediastinitda, ko'pchilik tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, eng keng tarqalgan qo'zg'atuvchi kohulaza-salbiy *Staphylococcus aureus* bo'lib, 90% dan ko'prog'ida metitsillinga chidamli (metitsillinga chidamli *Staphylococcus aureus* - MRSA). Post-sternotomiyadan keyingi mediastinitda gramm-manfiy floraning aniqlanishi ko'proq ekzogen infeksiyani, xususan, implantatsiyani ko'rsatadi.

Operatsiyadan keyingi mediastinit bilan og'rigan bemorlarda qo'ziqorin florasining mavjudligi, shubhasiz, aniq immunitet tanqisligini ko'rsatadi.

Aeroblar va fakultativ anaeroblar keltirib chiqaradigan mediastinitning ulushi 18-30% ni tashkil qiladi.

Majburiy anaeroblar orasida - mediastinitning qo'zg'atuvchisi, *Propionobacter*, *Prevotella* va *Porphyromonas* turlari, *Peptostreptococcus* turlari, *Bacteroides fragilis*, shuningdek, peptokokklar va fusobakteriyalar, *Trichosporum* ustunlik qiladi. Shuningdek, GM patogenlaridan biri spora hosil qiluvchi anaeroblar bo'lgan kuzatuvlar mavjud - xususan, *Clostridium histolyticum* va *Clostridium perfringens*..

Birlashmalarda mikoflora odatda *Candida* jinsining zamburug'lari bilan ifodalanadi, kamroq tez-tez *Actinomyces*; sof qo'ziqorin, xususan *Aspergillus* yiringli mediastinit ham tasvirlangan.

Bila turib immunosuppressiv bemorlarda (organ transplantatsiyasidan keyin immunosuppressiv terapiya olayotgan, onkologik kasalliklar, orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi va boshqalar) zamburug'li floraning GM ning etiologik agenti

sifatidagi ahamiyati ortib borishi bilan birga mikroorganizmlarning izolyatsiyasi hollari ham uchraydi. normal sharoitda yiringli jarrohlik infeksiyasining qo'zg'atuvchisi rovida deyarli ko'rinmaydi.

Bakteriologik laboratoriyalarning texnologik imkoniyatlari GM bilan kasallangan bemorlarni bo'shatish bo'yicha mikrobiologik tadqiqotlar natijalariga sezilarli ta'sir ko'rsatadi.

Antibiotik terapiyasini boshlashni kechiktirish mumkin emas va keyingi davolash faqat kasallikning og'irligi tufayli emas, balki mikrobiologik tadqiqotlar ma'lumotlariga qat'iy yo'naltirilishi mumkin emas.

Bunday vaziyatda yagona to'g'ri yechim - bu jarrohlik infeksiyasining ma'lum qo'zg'atuvchilarining deyarli butun spektrini qamrab oladigan keng ta'sir doirasiga ega bo'lgan empirik tanlangan dorilar bilan antibiotik terapiyasini o'tkazishdir.

## 1.5. Mediastenitning patologik anatomiyasi

Yiringli mediastinit rivojlanishida toladagi morfologik o'zgarishlar yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik infeksiyasining boshqa shakllarida bo'lgani kabi bosqichma-bosqich davom etadi. Biroq, bu bosqich mutlaq emas va ko'pincha jarayonning bosqichi haqida emas, balki shakl haqida gapirish boshidanoq to'g'riroq bo'ladi. Bundan tashqari, qo'zg'atuvchi mikroorganizmlarning birlamchi o'zgarish mexanizmlari va biologik xususiyatlari kasallikning morfologiyasiga sezilarli darajada ta'sir qiladi..

Mediastinal limfa tugunlarining o'tkir yallig'lanishi har doim ko'krak yoki bo'yin organlarining asosiy kasalligiga ikkilamchi bo'ladi. Makroskopik jihatdan



limfa tugunlari ba'zan yong'oq o'lchamiga qadar ortadi, kesishda suvli va giperemik; mikroskopik jihatdan ularda kichik xo'ppozlar aniqlanishi mumkin. Asosan, ushbu limfa tugunlarining to'liq yiringli birlashishi mumkin, keyin mediastinal to'qimalarda o'ziga xos bo'lmagan yiringli jarayon rivojlanishi mumkin va bu ikkilamchi mediastinitning limfogen paydo bo'lishi bilan sodir bo'lishi mumkin..

Mediastin to'qimalarining seroz yallig'lanishi yog 'to'qimalarining oz miqdordagi hujayra elementlari - neytrofillar va limfotsitlar bilan ekssudat bilan to'yinganligi rivojlanishi bilan tavsiflanadi. Qizilo'ngach devorining teshilishi bilan, yallig'lanish bilan bir vaqtda, mediastinal amfizem rivojlanadi, uning zo'ravonligi shikastlanish mexanizmiga bog'liq. Mediastinal amfizemning yiringli jarayonning borishiga ta'siri turli mualliflar tomonidan turli yo'llar bilan baholanadi - ba'zilari uning mustaqil ma'noga ega emasligiga ishonishadi, boshqalari uni deyarli etakchi rol o'ynaydi.

Serozning yiringli yallig'lanishga o'tishi mediastinni infeksiyalash mexanizmiga qarab turli vaqtlarda sodir bo'lishi mumkin.

Qizilo'ngachning teshilishlari bilan o'rtacha 6-8 soatlik davr ko'rib chiqiladi, ammo u sezilarli darajada kamayadi, masalan, uzoq vaqtdan beri mavjud bo'lgan "go'sht" tiqilib qolishini bartaraf etishga urinayotganda keng yorilish bilan va aksincha, ko'payishi mumkin. , masalan, "nuqta" deb ataladigan teshiklar bilan va behushlik davrida teshilish sodir bo'lgan hollarda. Seroz yallig'lanishning makromorfologik ko'rinishi zich infiltrat bo'lib, uning markazida keyinchalik yiringli sintez paydo bo'ladi. Sirdan infiltratlar sariq rangga ega. Mikroskopik jihatdan tomirlarning kengayishi, hujayra infiltratsiyasi, fibrin konlarining mavjudligi va tola sklerozi qayd etilgan..

Jarayonning rivojlanishi bilan mediastin to'qimalari iflos kulrang, ba'zan jigarrang-jigarrang rangga ega bo'ladi. Yiringning chegaralangan to'planishi (xo'ppoz) nisbatan kamdan-kam hollarda kuzatiladi, ko'pincha to'qimalarning yiringli namlanishi kuzatiladi, ya'ni. flegmona rivojlanadi, u alohida-alohida posterior yoki oldingi mediastinda tarqalishi yoki umumiy xarakterga ega.

Mediastinal xo'ppozlar asosan oldingi mediastinning yuqori qismlarida va o'pkaning ildiz zonasida joylashgan bo'lib, ular bitta va ko'p bo'lishi mumkin. Qoidaga ko'ra, kuchli kapsula hosil bo'lmaydi va xo'ppozlarni ochish tendentsiyasi mavjud.

Bundan tashqari, odontogen va tonzilogen mediastinit bilan yiringli jarayonning tarqalishi ko'pincha nekrotizan fasiit sifatida sodir bo'ladi, bu esa bo'yin va mediastinning biriktiruvchi to'qima hosilalarining himoya rolini amalda inkor etadi.

Etarli davolanish va qulay kurs bilan jarayon 3 oygacha davom etishi mumkin bo'lgan ta'mirlash bosqichiga kiradi.

Shu bilan birga, hosil bo'lgan chandiqlik to'qimasida o'tkir yiringli jarayonning qaytalanishiga olib keladigan "harakatsiz" infektsiya o'choqlarini (ayniqsa, olib tashlanmaydigan begona jismlar atrofida) saqlab qolish mumkin. Bunday takroriy yiringli mediastinit, qoida tariqasida, cheklangan shaklda davom etadi. Bundan tashqari, bir qator hollarda, to'liq aniq bo'lmagan sabablarga ko'ra, o'tkir yallig'lanishdan surunkali holatga o'tish kuzatiladi.

## **1.6. YIRINGLI MEDIASTINIT PATOGENEZI XUSUSIYATLARI**

### *1.6.1. Mahalliy jarayonning asosiy xususiyatlari*

Yiringli mediastinitning patogenezi bu kasallikni yiringli jarrohlik infeksiyasining boshqa shakllaridan sezilarli darajada ajratib turadi. Mahalliy jarayonning asosiy xususiyatlari quyidagilardan iborat. Mediastin va bo'yinning fastsial shakllanishlarining joylashishi aslida oldingi va orqa mediastin bo'ylab yiringning tarqalishiga to'sqinlik qilmaydi. Shu bilan birga, jarayonning mediastinning oldingi qismlaridan orqa qismiga va aksincha o'tishi odatda sodir bo'lmaydi, garchi mediastinal fastsiyaning tuzilishining individual o'zgaruvchanligi yiringli oqmalarning eng g'alati tarqalishiga olib kelishi mumkin. Biroq, bu qoidalar asosan asosiy GM uchun to'g'ri keladi.

Ikkilamchi HM bilan, birlamchi yiringli fokus bosh va bo'yinning organlari va uyali bo'shliqlarida lokalizatsiya qilinganida, kamida ikkita muhim qo'shimcha holat mavjud. Birinchisi, bo'yinning faringeal va periofaringeal hujayrali

to'qimalari bo'shliqlaridan oldingi va orqa mediastinada yiringning tarqalishining anatomik ehtimoli. Ikkinchisi, ikkilamchi GM patogenlari orasida yuqori patogen mikroblarning ustunligi bo'lib, ularning o'ziga xos xususiyatlari biriktiruvchi to'qimalar uchun tropizm va chiqindilarning yuqori gistolitik faolligidir. Ikkinchisi tufayli ikkilamchi yiringli mediastinit ko'pincha nekrotizan fasiit turiga ko'ra davom etadi, bunda fassial shakllanishlarning himoya roli bekor qilinadi va mediastindagi jarayon ko'pincha boshidanoq umumiy xususiyatga ega bo'ladi.

GM rivojlanishida ma'lum qiymat mediastinal amfizemga tegishli bo'lib, u tashqi muhitdan havo so'rilishi natijasida birlamchi mediastinitda, ikkinchi darajalilarda esa gaz hosil qiluvchi floraning hayotiy faoliyati natijasida yuzaga keladi. Tsellyulozani gaz bilan tozalash, shubhasiz, yiringli jarayonning tezroq rivojlanishiga yordam beradi.

#### *1.6.2. Asoratlarning rivojlanish mexanizmlari*

Yiringli mediastinitda ichki organlar va tizimlarning shikastlanishi, shuningdek, o'tkir yiringli jarrohlik infeksiyasining boshqa shakllaridan bir qator muhim, ham sifat, ham miqdoriy farqlarga ega.

Ko'pgina limfa shakllanishlarining mediastinada joylashishi va limfa va venoz tizimlarning to'g'ridan-to'g'ri qo'shilish joyi salbiy bosim bilan birgalikda mediastinal to'qimalarning yuqori singdirish qobiliyatini aniqlaydi, bu esa o'z navbatida umumiy shakllar bilan zaharlanishning tez o'sishiga sabab bo'ladi. GM. Shuningdek, joylashishiga ko'ra hayotiy organlar (yurak va o'pka) va yirik nerv magistrallari (qaytalanuvchi halqum nervlari, frenik va vagus nervlari va boshqalar) nafaqat intoksikatsiya tufayli, balki bevosita (uzunligi bo'yicha) ham ta'sirlanadi. yallig'lanish jarayoni.

Tsellyulozaning yallig'lanish infiltratsiyasi mediastinda joylashgan azigos va yarim juft bo'lmagan venalarning siqilishiga olib kelishi mumkin, bu esa yurak va plevradan venoz chiqishining buzilishiga olib keladi.

## 1.7. DIAGNOSTIK MEZONLAR.

Shikoyatlar va anamnez: Mediastinitning sabablari quyidagilar bo'lishi mumkin: o'pka, plevra, traxeya, bo'yin, og'iz bo'shlig'i, halqum, farenks, qizilo'ngach, yurakning yallig'lanish kasalliklarining asoratlari. Birlamchi mediastinit shikastlanish va ekzogen infeksiya natijasida mediastinning ochiq o'q otish jarohatlari bilan, instrumental manipulyatsiyalar (qizilo'ngachning bugienaji, ezofagoskopiya, traxeya intubatsiyasi, traxeostomiya, oshqozon intubatsiyasi, kardiodilatsiya, ko'pincha qizilo'ngachning begona jismlari bilan jarohatlanishi) natijasida yuzaga keladi. traxeya, o'smalarning kuyishi, divertikulning teshilishi o'z-o'zidan yorilishi. Birlamchi mediastinit ko'krak qafasi a'zolaridagi operatsiyalardan so'ng, qizilo'ngach, traxeya, bronxlar anastomozlarining qobiliyatsizligi, yurak jarrohligi va mediastin to'qimalarining infeksiyasidan keyin rivojlanishi mumkin. infeksiya yuqori va pastki ekstremitalarning flegmonasi, muzlash, pastki jag'ning osteomiyelitlari, retrofaringeal , flegmonoz parotit, yiringli limfadenit, sepsis bo'lishi mumkin. Mediastinitda mikroflora asosan aralash infeksiya bilan ifodalanadi. Anaeroblar (bakterioidlar, peptostreptolar, flegmonalar, bakterioidlar, peptostreptolar va boshqalar). ) birlashtirilishi mumkin aeroblar (stafilokokklar, streptokokklar, klebsiellalar) bilan ularning sinergizmi mediastinit kursining malignligini va yuqori o'limni aniqlaydi.

Fizikal tekshiruv: Anterior mediastinit klinikasi. To'sh suyagi orqasida pulsatsiyalanuvchi og'riq, sternum bo'ylab teginishda og'riq kuchayadi, boshni orqaga burishda og'riq kuchayadi (Gerke simptomi), bo'yinbog'ning chuqurchasi sohasidagi pastadir to'qimalar, krepitus paydo bo'ladi. Nafas olish paytida bo'yinbog'ning tirqishining orqaga tortilishi (Ravich-Scherbo simptomi). Yuqori vena kavasini siqish sindromi (bosh og'rig'i, tinnitus, yuz, bo'yin siyanozi, ko'krak qafasining varikoz tomirlari, bo'yin). Chegaralarning kengayishi, sternumdagi xiralik. Posterior mediastinit. Qo'l oralariga tarqaladigan ko'krak qafasining pulsatsiyalanuvchi og'rig'i, ko'krak umurtqalarining umurtqali jarayonlarini bosganda og'riqning kuchayishi, yutish va nafas olishda og'riqning kuchayishi

(Ridinger simptomi), ko'krak umurtqalarida pastadir, bo'yinbog'ning shishishi, krepitusning paydo bo'lishi. uzun mushaklarning (paravertebral belgilari Steinbdeg), plevral efüzyon, perikard ("simpatik plevrit"). Surunkali mediastinit (sil, sifilitik, fibrinoz) sil kasalligi klinikasi bilan davom etadi.

Laboratoriya tadqiqotlari: umumiy qon: giperleykotsitoz, leykotsitlar formulasining chapga siljishi bilan ESR 40-70 mm / soatgacha ko'tariladi. biokimyoviy qon tekshiruvi: albumin darajasining pasayishi, gipoxolesterinemiya, protrombin, transaminazalar va fibrinogen darajasining pasayishi tufayli gipoproteinemiya kuzatiladi. umumiy siydik tahlili: mikrogematuriya, silindruriya, leykotsituriya, bakteriuriya, shuningdek, gipoizostenuriya xarakterlidir. bakteriologik tahlil: floraning patogen mikroflorasini va uning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash uchun yiringni ekish.

Instrumental tadqiqot: Rentgen tasviri - suyuqlik darajasi bilan mediastinning soyasining kengayishi yoki pufakchalar shaklida mediastinda havo mavjudligi.

Differentsial diagnostika: Paramediastinal plevrit, polisegmental pnevmoniya, limfogranulomatoz, limfosarkoma, aorta anevrizmasi. Bu barcha kasalliklar, shu jumladan mediastinit uchun xarakterli xususiyat rentgenogrammada mediastin soyasining kengayishi hisoblanadi. Biroq, ushbu kasalliklarning hech biri uchun, mediastinitdan tashqari, rentgen nurlari suyuqlik darajasini va mediastindagi havo pufakchalari mavjudligini ko'rsatmaydi. Yutish paytida, sternumga teginishda, umurtqa pog'onasining umurtqali o'simalari bo'ylab og'riq paydo bo'lishi yoki kuchayishi faqat mediastinitga xosdir. Bundan tashqari, mediastinitning klinik ko'rinishida leykotsitozning 20-30 x 10<sup>9</sup> / l gacha ko'tarilishi, soatiga 50-70 mm gacha tezlashtirilgan ESR bilan intoksikatsiyaning yanada aniq belgilari kuzatiladi.

## XULOSA

Mediastin to'qimalarining yiringli yallig'lanishi - yiringli mediastinit - yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik infeksiyasining eng og'ir shakllaridan biri bo'lib qolmoqda. Ushbu azob-uqubatlarning tarqalishi pasayish tendentsiyasiga ega emas. Yillar davomida birlamchi va ikkilamchi yiringli mediastinit bilan kasallanish yiliga 100 000 kishiga 0,15 - 0,6 oralig'ida o'zgarib turdi. Shu bilan birga, mediastinal to'qimalarning yiringli yallig'lanishining birlamchi va ikkilamchi shakllari o'rtasidagi nisbat juda barqaror - 2: 1. Operatsiyadan keyingi yiringli mediastinit muammosi ham dolzarbligicha qolmoqda. Yiringli mediastinitni davolash natijalari hozirgi kunga qadar ko'p hollarda juda quvonarli emas. Bu borada erishilgan muayyan muvaffaqiyatlar, birinchi navbatda, ixtisoslashtirilgan shifoxonalar faoliyati bilan bog'liq bo'lsa, tashxisning o'z vaqtida qo'yilishi kasallikning aksariyat holatlari natijasi uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega, demak, birlamchi aloqa shifokorlarining malakasi. , shuningdek, amaliyotida yiringli mediastinit rivojlanishi mumkin bo'lgan mutaxassislar - stomatologlar, otorinolaringologlar va boshqalar.

Yiringli mediastinit muammosi o'ziga xos bo'lib, bu patologiyani yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik infeksiyasining og'ir shakllarining umumiy sonidan ajratib turadi. Yiringli mediastinit rivojlanishining sabablarining sezilarli xilma-xilligi, bir tomondan, klinik ko'rinishlarning o'zgaruvchanligini aniqlaydi, boshqa tomondan, bemorlarning birlamchi tekshiruv turli mutaxassisliklar shifokorlari tomonidan o'tkazilishiga olib keladi. Mavjud vaziyatning natijasi tibbiy yordamning birlamchi bosqichlarida yo'l qo'yilgan diagnostika xatolarining katta chastotasidir. Bemorlarda diagnostika xatolarining chastotasi 90% ga etadi va birinchi navbatda shifokorlarning kasallikning klinik ko'rinishi va tashxis qo'yish tamoyillari to'g'risida etarli ma'lumotga ega emasligi bilan bog'liq..

Yiringli mediastinit diagnostikasi natijalarini yaxshilashdan iborat bo'lgan asosiy maqsad uslubiy tavsiyaning birinchi qismini ishlab chiqish uchun asos bo'lib xizmat qilgan muammoning asosiy jihatlarini bilish.

O'quv faoliyati o'zining asosiy maqsadi sifatida keng doiradagi amaliyotchilarning yiringli mediastinitlar diagnostikasi bo'yicha bilim darajasini oshirishdan iborat bo'lib, bu patologiyani bakalavrlar, magistrlar va amaliy tibbiyot

mutaxassislari, shuningdek mutaxassislar uchun o'quv rejasiga kiritish orqali erishiladi. tibbiyot xodimlarini tayyorlash kursida.

### ADABIYOTLAR

1. Абакумов М.М. Гнойный медиастинит// Хирургия.-2004.-№5.- С.82-85.
2. Абакумов М.М. и соавт. Рентгеновская компьютерная томография в диагностике медиастинита // Хирургия. 2001. - № 7. - С. 9-12.
3. Агапов В.В. Применение эндоскопических методик при хирургическом лечении гнойных медиастинитов // Эндоскопическая хирургия.- 2001. - № 2. - С. 2.
4. Агапов В.В. Диагностика и лечение гнойных медиастинитов//Диссертация д.м.н. – 2005-С.283
5. Белый О.Н. Лечебная тактика при шейном медиастините // Здоровоохранение Белоруссии.- 1989. - № 3. - С. 58-60.
6. Бисенков Л.Н. Хирургия огнестрельных ранений груди: Руководство для врачей / СПб. : Гиппократ, 2000. - 312 с.
7. Вишневский А.А., Адамян А.А. Хирургия средостения . -М. : Медицина, 1977. С. 375-390.
8. Алиев М.А. и соавт. Вопросы профилактики послеоперационных осложнений у больных, оперированных по поводу осложненных форм свищей пищевода // Новые технологии в хирургии : труды международного конгресса. Ростов-на-Дону, 2005. - С. 153-154.
9. Глушак В.С., Мазченко С.Н., Дорошенко Т.А. Ошибки и трудности лечения гнойного медиастинита // Актуальные вопросы

реконструктивной и восстановительной хирургии-. Иркутск, 1986. - Ч. 2. -С. 167.

10. Гостищев В.К. Инфекции в торакальной хирургии : Руководство для врачей - . М., 2004. - 584 с.

11. Гришин И.Н. Видеоторакоскопическая медиастинотомия и дренирование средостения в лечении повреждений пищевода, осложненных развитием медиастинита // Эндоскопическая хирургия.- 2002. - № 2. - С. 30.

12. Робустова Т.Г. и соавт. Диагностика и лечение контактного одонтогенного медиастинита // Стоматология.- 1996. - № 6. - С. 28-32.

13. Жураев Ш.Ш. Лечение перфораций пищевода при его рубцовом сужении // Грудная хирургия.- 1987. - № 3. - С. 62-64.

14. Иванов А.Я. Абсцессы и флегмоны средостения. -Ленинград : Медгиз, 1959.- С. 147. 14. Каншин Н.Н. Новые методы лечения гнойных медиастинитов // Актуальные вопросы грудной хирургии : тезисы докладов. - Кишинев, 1985. С. 72-74.

15. Каншин Н.Н. Профилактика и лечение гнойного медиастинита // Вестник хирургии.- 1973. - № 3. - С. 103-106.

16. Каншин Н.Н. Чрезпищеводное эндоскопическое дренирование средостения при перфорационном медиастините // Вестник хирургии.- 1983.- - № 2. - С. 24.

17. Колос А.И. и соавт. Хирургическое лечение и интенсивная терапия разлитого гнойного медиастинита, осложненного пилотораксом и внутрикишечным кровотечением// Грудная хирургия -1989.- № .- С. 93-95.

18. Колос А.И., Ракишев Г.Б., Такабаев А.К. Актуальные вопросы торакальной хирургии.-2006.-Алматы ,Алаш.- 146 стр.

19. Комаров Б.Д. и соавт. Повреждения пищевода: Медицина, 1981.- С.78.

20. Петровский Б.В. Хирургия средостения: Медицина, 1960.-С.122.



21. Ракишев Г.Б., Медеубеков У.Ш., Пюрова Л.П., Колос А.И., Такабаев А.К. Эндовидеоскопия в торакальной хирургии.-Астана, 2015.- 192 стр.
22. Стручков В.Н., и соавт. Руководство по гнойной хирургии: Медицина, 1984.-С. 96.
23. Погодина А.Н., Абакумов М.М. Механические проникающие повреждения пищевода // Хирургия. - 1998. - №10. - С. 20-24.
24. Medot M., Fissette J., Limet R. Mediastinites: diagnostic, facteurs de risque et traitement // Ann. Chir. -1993. -N47 (8). - P.752-765.
25. Lindblad I., Book K., Merdan M., Aberg B. A case report: descending necrotising mediastinitis in a 10-year old boy // Lakartidningen. -1998. -N95. - P. 4618-4621.
26. Kato H., Ohkubo N., Akazawa K. et al. Spontaneous closure of a large tracheal fistula due to descending necrotizing mediastinitis // Ann. Thorac. Surg. - 2000.-Vol. 69, N4.- P. 1249-51.
27. Cordero L., Torre W., Freire D. Descending necrotizing mediastinitis and respiratory distress syndrome treated by aggressive surgical treatment // J. Cardiovasc. Surg. Torino. - 1996, Feb. -N37 (1). -P. 87-88.
28. Alsoub H., Chacko K.C. Descending necrotising mediastinitis // Postgrad Med. J. - 1995, Feb. - Vol.71, N2. -P. 98-101.

