

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI**

**TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETINING
CHIRCHIQ FILIALI**

**Djumanov Baxtiyor Abdurazakovich
Tadjiboyev Kabildjan Alimboyevich
Shukurov Saydazim Sagdullayevich**

AKUSHERLIK PERITONITI

(o‘quv qo‘llanma)

Toshkent–2025

Акушерлик перитонити: / Джуманов Б.А. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, Тошкент давлат тиббиёт университети Чирчиқ филиали – Тошкент

«Нашриёт номи», 2025, 119 с.

Такризчилар:

**Шахноза
Алимджановна
Зуфарова**

**Тиббиёт Фанлари Доктори. профессор
Тошкент давлат тиббиёт университети
акушерлик ва гинекология кафедраси**

**Нозим
Ахмедович
Диёров**

**Тиббиёт фанлари номзоди, доцент
Тошкент Давлат тиббиёт
университети Чирчиқ филиали
“Хирургия ва болалар хирургияси”
кафедраси**

Мазкур ўқув қўлланма "Акушерлик перитонити" мавзусига бағишланган бўлиб, унда замонавий акушерликдаги энг оғир йирингли-септик асоратлардан бирининг этиологияси, патогенези ва таснифи ёритилган. Асосий эътибор акушерлик перитонитига хос бўлган "ўчирилган" клиник манзара ва унинг эрта диагностикасига (УТТ, лапароскопия) қаратилган. Қўлланмада сепсис ва септик шокни даволашнинг замонавий тамойиллари, операциягача интенсив тайёргарлик ҳамда радикал жарроҳлик тактикаси (гистерэктомия) батафсил таҳлил қилинган. Қўлланма талабаларда ушбу ҳаёт учун хавфли ҳолатда юқори диагностик ҳушёрлик ва тўғри клиник қарор қабул қилиш қўникмаларини шакллантиришга мўлжалланган.

Ўқув қўлланма тиббиёт олийгоҳларида таҳсил олаётган клиник ординаторлар, магистрлар, шунингдек, акушер-гинекологлар, жарроҳлар ва реаниматолог-анестезиологлар учун мўлжалланган.

Ўқув қўлланма Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2025 йил « _____ »_xxxxxxxx даги xxx-сонли буйруғи асосида Тошкент давлат тиббиёт университети Илмий кенгаши томонидан тавсия этилган.

Библиогр. номлар 27 та.

ISBN:

© Джуманов Б.А.

© «Нашриёт номи» Тошкент, 2025

МУНДАРИЖА

Бўлим номи	Бет
ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ	5
КИРИШ	7
1-БОБ. УМУМий ТУШУНЧАЛАР: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ВА ТАСНИФ	10
1.1. Акушерлик перитонити этиологияси	10
1.2. Патогенези ва патоморфологияси	12
1.3. Акушерлик перитонитининг таснифи	14
2-БОБ. КЛИНИК МАНЗАРА ВА ДИАГНОСТИКА	16
2.1. Клиник белгилар ва уларнинг таҳлили	17
2.2. Лаборатор ва инструментал ташхислаш	19
2.3. Қиёсий ташхисоти	24
3-БОБ. ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯ	27
3.1. Даволашнинг умумий стратегияси ва тамойиллари	27
3.2. Операциягача тайёргарлик ва интенсив терапия	30
3.3. Септик шок ва полиорган етишмовчилигини даволаш асослари	34
4-БОБ. ЖАРРОҲЛИК ДАВОСИ ТАКТИКАСИ	38
4.1. Жарроҳлик аралашувига кўрсатмалар ва оптимал вақт	38
4.2. Оператив йўл ва қорин бўшлиғи ревизияси	41
4.3. Операция ҳажмини танлаш (инфекция ўчоғини бартараф этиш)	42
4.4. Қорин бўшлиғини санация қилиш ва дренажлаш	44
4.5. Операцияни якунлаш усуллари	46
5-БОБ. ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРНИ ОЛИБ БОРИШ	48
5.1. Реанимация бўлимида олиб бориш тамойиллари	48
5.2. Давом эттирилган интенсив терапия: сепсис оқибатларига қарши кураш	49
5.3. Метаболик-нутритив қўллаб-қувватлаш: гиперкатаболизмни енгиш	52

5.4. Ошқозон-ичак тракти фаолиятини тиклаш ва жароҳатни парваришлаш	53
5.5. Экстракорпорал детоксикация ва орган ўрнини босувчи терапия	54
6-БОБ. АСОРАТЛАР, ПРОФИЛАКТИКА ВА ПРОГНОЗ	57
6.1. Асоратлари	57
6.2. Профилактикаси	60
6.3. Прогноз ва оналар ўлимига таъсир этувчи омиллар	64
7-БОБ. КЛИНИК ҲОЛАТЛАР ТАҲЛИЛИ (CASE STUDY)	66
ХОТИМА	73
ТЕСТ САВОЛЛАРИ	77
ТЕСТ САВОЛАРИНИНГ ЖАВОБЛАРИ	94
ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР	95
ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР ЖАВОБЛАРИ	100
НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ	105
ГЛОССАРИЙ	110
АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	117

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

- **АБТ** – Антибактериал терапия
- **АҚБ** – Артериал қон босими
- **ВАП** – Вентилятор-ассоциацияланган пневмония
- **ВТЭА** – Веноз тромбоэмболик асоратлар
- **ДВВГ(Д)Ф** – Доимий Вено-Веноз Гемо(диа)филтрация
- **ДВС-синдром** – Диссеминирланган томир ичи ивиши синдроми
- **ИГД** – Интермиттирловчи Гемодиализ
- **КТ** – Компьютер томография
- **ЛИИ** – Лейкоцитар интоксикация индекси
- **МВБ** – Марказий веноз босим
- **ОРДС** – Ўткир респиратор дистресс-синдром
- **ПОН** – Полиорган етишмовчилиги
- **ПМОГ** – Паст молекуляр оғирликдаги гепаринлар
- **РИТБ** – Реанимация ва интенсив терапия бўлими
- **УТТ** – Ультратовуш текшируви
- **ЎАБ** – Ўртача артериал босим
- **ЎАТЭ** – Ўпка артерияси тромбоэмболияси
- **ЎСВ** – Ўпкани сунъий вентиляцияси
- **ЭКУ** – Экстракорпорал уруғлантириш
- **ЭЧТ** – Эритроцитлар чўкиш тезлиги
- **ЯМП** – Янги музлатилган плазма
- **MODS (Multiple Organ Dysfunction Syndrome)** – ПОН (Полиорган етишмовчилиги) билан бир хил маънода
- **NPWT (Negative Pressure Wound Therapy)** – Манфий босимли жароҳат терапияси (VAC-терапия билан бир хил)
- **PEEP (Positive End-Expiratory Pressure)** – Нафас чиқариш охиридаги мусбат босим
- **RRT (Renal Replacement Therapy)** – Буйрак ўрнини босувчи терапия (Гемодиализ/Гемофилтрация)

- **SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome)** – Тизимли яллиғланиш жавоби синдроми
- **SOFA (Sequential Organ Failure Assessment)** – Орган етишмовчилигини баҳолаш шкаласи
- **VAC (Vacuum-Assisted Closure)** – Вакуум-ассистентланган ёпиш (NPWT билан бир хил)

КИРИШ

Акушерлик ва гинекология соҳаси сўнгги ўн йилликларда улкан технологик ва илмий ютуқларга эришди. Перинатал парвариш, жарроҳлик техникалари ва интенсив терапиянинг такомиллашуви оналар ва чақалоқлар саломатлиги кўрсаткичларини сезиларли даражада яхшилади. Айниқса, замонавий анестезиология, антибиотикотерапия, гемотрансфузиология ва мониторинг тизимларининг жорий этилиши туғруқ жараёнининг хавфсизлигини анча оширди. Шу билан бирга, тиббиётдаги ушбу илгор ютуқлар фонида ҳам йирингли-септик асоратлар муаммоси ўзининг кескинлигини ва долзарблигини йўқотгани йўқ. Бу ҳолатлар, жумладан акушерлик перитонити, ҳанузгача перинатал ва она ўлими кўрсаткичларида катта улушга эга бўлиб, замонавий акушерлик амалиётининг энг оғриқли нуқталаридан бири бўлиб қолмоқда.

Тарихан “туғруқ иситмаси” (puerperal fever) сифатида маълум бўлган бу ҳолат инсон цивилизацияси тараққиёти билан бирга ўз шаклини ўзгартириб келмоқда. Илгариги даврларда у асептика ва антисептика қоидаларига амал қилинмагани сабабли кенг тарқалган бўлса, ҳозирги вақтда асосан инвазив тиббий манипуляциялар, кесарча кесиш операциялари ва иммунитетнинг нисбий сусайиши туфайли юзага келади. Демак, инфекция манбалари ва йўллари ўзгарган бўлса-да, оқибатдаги фожеали натижа – оналар ҳаёти учун хавф – ҳануз сақланиб қолмоқда.

Акушерлик перитонити шунчаки маҳаллий инфекциянинг тарқалиши эмас, балки бутун организмни қамраб олувчи, сепсис ва полиорган етишмовчилигига олиб келувчи яшин тезлигидаги патологик жараёндир. Унинг оқибатидаги юқори леталлик кўпинча кеч ташхис қўйилиши ва даволашнинг кеч бошланиши билан изоҳланади. Статистик маълумотларга кўра, акушерлик перитонити ҳозирги кунда ҳам оналар ўлимининг асосий сабабларидан бири бўлиб қолмоқда ва бу кўрсаткич кўплаб мамлакатларда барқарор пасайиш тенденциясини намоён этмаяпти. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) маълумотларига кўра, ҳар йили юз минглаб аёллар

туғруқдан кейинги инфекцион асоратлар туфайли ҳаётдан кўз юмаётгани қайд этилмоқда.

Муаммонинг янада чуқурлашувига бутун дунёда, жумладан Ўзбекистонда ҳам, кесарча кесиш операциялари сонининг муттасил ортиб бораётгани ўз “ҳиссасини” қўшмоқда. Гарчи бу операция миллионлаб оналар ва болалар ҳаётини сақлаб қолаётган бўлса-да, у ҳар қандай жарроҳлик аралашуви каби асоратлар хавфидан ҳоли эмас. Айнан кесарча кесишдан кейинги бачадондаги чокларнинг етишмовчилиги, уларнинг инфекцияланиши ёки субклиник эндометрит фонидаги асептик яллиғланиш акушерлик перитонити ривожланишининг етакчи сабабларидан бири ҳисобланади. Шунингдек, антибиотикларга чидамли микроорганизмларнинг кўпайиши ҳам патологиянинг даволанишини қийинлаштирувчи муҳим омил бўлиб қолмоқда.

Бўлажак шифокор – тиббиёт олийгоҳи талабаси – “классик” умумий жарроҳлик перитонити ва акушерлик перитонити ўртасидаги фундаментал фарқни аниқ тасаввур қилиши шарт. Умумий жарроҳликда инфекция ўчоғи одатда қорин бўшлиғи аъзоларида (аппендикс, ошқозон, ичак) жойлашган бўлади, акушерликда эса инфекция манбаи кўпинча кичик чанокда – бачадоннинг ўзида ёки унинг яқинида шаклланади. Шу боис, касалликнинг клиник кечиши, патогенези ва даволаш тамойиллари мутлақо бошқача ёндашувни талаб қилади.

Акушерлик перитонитининг энг катта хавфи ва маккорлиги унинг “яширин клиникаси”да намоён бўлади. Туғруқдан кейинги аёл организмнинг физиологик ҳолати – гормонал ўзгаришлар, бачадон инволюцияси, нисбий иммуносупрессия ва қорин олд деворининг бўшашиши – классик “ўткир қорин” белгиларини ниқоблайди. Шу сабабли, оғриқ синдроми кучсиз ёки ноаниқ бўлиши, қорин деворида “дефанс” белгиси кеч намоён бўлиши мумкин. Бу ҳолат шифокорни чалғитиб, ташхис кеч қўйилишига, натижада септик шок ва полиорган етишмовчилиги ривожланишига олиб келиши мумкин.

Акушерлик перитонитини ўз вақтида аниқлаш ва самарали даволаш шифокордан стандарт билим қолипидан чиқиб фикрлашни, юқори даражадаги диагностик ҳушёрлик ва клиник тафаккурни талаб этади. Ҳар бир шифокор, айниқса акушер-гинеколог ва реаниматолог, бу касалликни “туғруқдан кейинги табиий чарчоқ” ёки “физиологик ҳолат” деб баҳоламасдан, эҳтимолий ҳаёт учун хавфли жараён сифатида баҳолай билиши зарур.

Мазкур ўқув қўлланманинг **асосий мақсади** – тиббиёт олийгоҳлари талабаларида акушерлик перитонитининг ривожланиш механизмлари, унинг “яширин” клиник белгилари, ташҳис ва даволашнинг замонавий алгоритмлари ҳақида чуқур, тизимли билимни шакллантиришдан иборат. Шу билан бирга, қўлланма талабаларда мустақил таҳлил қилиш, клиник фикрлаш ва амалий қарор қабул қилиш кўникмаларини ривожлантиришга йўналтирилган.

Мазкур қўлланма бўлажак шифокорлар учун назарий билим билан амалий тажриба ўртасидаги боғланишни таъминлайди. У талабаларга нафақат касалликни таниш ва тушуниш, балки унинг олдини олиш, тезкор қарор қабул қилиш ва оналар ҳаётини сақлаб қолишда масъулият билан иш юритиш қобилиятини ҳам сингдиради. Шу жиҳатдан, ушбу қўлланма нафақат таълимий, балки инсонпарварлик аҳамиятига ҳам эга бўлиб, “она ҳаёти – миллат ҳаёти” деган тамойилни амалга оширишга хизмат қилади.

1-БОБ

УМУМИЙ ТУШУНЧАЛАР: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ВА ЗАМОНАВИЙ ТАСНИФ

Акушерлик перитонити – бу ҳомиладорлик, туғруқ ва чилла давридаги йирингли-септик касалликларнинг энг оғир ва ҳаёт учун хавфли асоратларидан бири бўлиб, бирламчи ўчоқнинг бачадон ёки унинг ортиқларида жойлашуви ҳамда жараёнга қорин пардасининг иккиламчи тортилиши билан тавсифланади.

Замонавий тиббиёт ютуқларига қарамай, акушерлик перитонити оналар ўлими таркибида етакчи ўринлардан бирини (турли маълумотларга кўра 15% дан 25% гача) эгаллаб келмоқда. Ушбу патологиянинг ўзига хослиги шундаки, у классик жарроҳлик перитонитидан фарқли ўлароқ, кўпинча "ўчирилган" клиник манзарага эга бўлиб, диагностика ва даволашда кечикишларга сабаб бўлади.

1.1. Акушерлик перитонити этиологияси ва микробиологик хусусиятлари

Акушерлик перитонити ҳар доим иккиламчи жараён ҳисобланади. Унинг ривожланиши учун инфекция манбаи ("кириш дарвозаси") ва макроорганизмнинг ҳимоя кучлари сусайиши талаб этилади. Этиологик омиллар тизимлаштирилганда, уларни бир неча йирик гуруҳларга ажратиш мақсадга мувофиқдир.

1.1.1. Асосий келиб чиқиш сабаблари

Акушерлик амалиётида перитонит ривожланишининг энг асосий сабаблари қуйидагилардир:

Кесарча кесиш операциясидан кейинги асоратлар. Бугунги кунда акушерлик перитонитининг 80-90% ҳолатлари айнан кесарча кесиш операциясидан сўнг ривожланади. Бунда асосий механизм – бачадондаги

чокларнинг етишмовчилиги ҳисобланади. Чоклар етишмовчилигининг сабаблари:

- Операция техникасининг бузилиши (тўқималарнинг ишемияси, нотўғри тугунлаш);
- Тикув материалларига нисбатан тўқима реакцияси;
- Операциядан олдинги хориоамнионит ёки узоқ муддатли сувсизлик даври;
- Бачадоннинг қисқариш қобилятининг пастлиги (гипотония).

Натижада бачадон бўшлиғидаги инфекцияланган лохия ва йиринг қорин бўшлиғига сизиб ўтади.

Бачадон ва туғруқ йўлларининг жароҳати. Туғруқ вақтидаги бачадоннинг ёрилиши (тўлиқ ёки нотўлиқ), бачадон бўйни ва қин гумбазларининг чуқур йиртилишлари инфекция учун тўғридан-тўғри йўл очади. Айниқса, "ёпиқ" ёки диагностика қилинмаган йиртилишлар хавфли бўлиб, улар орқали инфекция қорин орти бўшлиғига ва параметрийга тарқалади.

Инфекциянинг лимфоген ва гематоген тарқалиши. Баъзи ҳолларда бачадон деворининг бутунлиги бузилмаган бўлса-да, оғир шаклдаги эндомиометрит ёки панметрит (бачадоннинг барча қаватлари яллиғланиши) кузатилади. Бунда микроорганизмлар лимфа йўллари орқали қорин пардасига ўтиб, пельвиоперитонит чақиради.

Криминал ва стационардан ташқари абортлар. Гарчи замонавий тиббиётда бу кўрсаткич камайган бўлса-да, ностерил шароитда бажарилган абортлар ва бачадон перфорацияси перитонитнинг энг оғир, яшин тезлигида кечувчи шакллари (анаэроб сепсис) сабаб бўлади.

1.1.2. Замонавий микробиологик манзара

Ўтган асрда перитонитнинг асосий кўзғатувчилари стрептококк ва стафилококклар ҳисобланган бўлса, ҳозирги кунда микробиологик манзара

тубдан ўзгарган. Замонавий акушерлик перитонити **полимикроб** (микст-инфекция) этиологияга эга.

Аэроб ва анаэроб ассоциацияси. Асосий ролни *Escherichia coli* (ичак таёкчаси), *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus spp.* каби грамонфий бактериялар ўйнайди. Улар *Bacteroides fragilis*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium* каби спора ҳосил қилмайдиган анаэроблар билан биргаликда кучли симбиоз ҳосил қилади. Анаэроблар тўқималар некрозини кучайтирса, аэроблар токсинлар ажратиб, организмни захарлайди.

Госпиталь (шифохона ичи) штаммлари. Энг катта муаммо — антибиотикларга юқори чидамлилиқка эга бўлган "супербактериялар"дир. Уларга *MRSA* (Метициллин-резистент *Staphylococcus aureus*) ва *ESBL* (Кенгайтирилган спектрли бета-лактамаза ишлаб чиқарувчи энтеробактериялар) киради. Ушбу микроорганизмлар анъанавий антибиотикларга (цефалоспоринлар, пенициллинлар) чидамли бўлиб, даволаш жараёнини кескин қийинлаштиради.

Замбуруғли перитонит. Кенг кўламли ва назоратсиз антибиотикотерапия натижасида *Candida* (айниқса *non-albicans* турлари) замбуруғлари кўзғатувчи сифатида аҳамият касб этмоқда. Замбуруғли перитонит оғир кечиши ва юқори ўлим кўрсаткичи билан ажралиб туради.

1.2. Патогенезнинг фундаментал механизмлари

Акушерлик перитонити шунчаки маҳаллий яллиғланиш эмас, балки бутун организмни қамраб оловчи мураккаб патофизиологик жараёндир. Патогенезнинг асосини **Тизимли Яллиғланиш Жавоби Синдроми (SIRS)** ва унинг оқибатида келиб чиқувчи **Полиорган Етишмовчилиги (ПОН)** ташкил этади. Жараён қуйидаги босқичларда ривожланади:

1.2.1. "Цитокинлар бўрони" ва микроциркуляция бузилиши

Инфекция агенти (бактериал эндотоксинлар) макрофаглар ва нейтрофилларни фаоллаштиради. Натижада қонга кўп миқдорда яллиғланиш медиаторлари – цитокинлар (Интерлейкин-1, Интерлейкин-6, Ўсма некрози

омили – TNF- α) ташланади. Ушбу ҳолат "цитокинлар бўрони" (cytokine storm) деб аталади.

Цитокинларнинг назоратсиз ажралиши қуйидагиларга олиб келади:

- Вазоплегия – қон томирлар девори бўшашиб, қон босими тушади (септикий шокнинг бошланиши).
- Томир ўтказувчанлигининг ошиши – қоннинг суяқ қисми тўқималарга чиқиб кетади, бу эса гиповолемияни ва тўқималар шишини келтириб чиқаради.
- ДВС-синдром – микроциркулятор ўзанда майда тромблар ҳосил бўлиб, аъзоларнинг қон билан таъминоти бузилади.

1.2.2. Энтерогематик тўсиқ етишмовчилиги ва бактериал транслокация

Перитонит патогенезида ичак муҳим роль ўйнайди. Қорин пардаси яллиғланиши ичак фалажига (парез) олиб келади. Ичак деворида қон айланиши бузилгач, унинг ҳимоя тўсиғи (барьер) функцияси ишдан чиқади.

Натижада, ичак бўшлиғидаги миллиардлаб бактериялар ва уларнинг токсинлари ичак девори орқали қонга, лимфага ва қорин бўшлиғига ўта бошлайди. Бу жараён "бактериал транслокация" деб аталади. Ичак эндиликда "сепсиснинг мотори"га айланади ва инфекциянинг ташқаридан кириши тўхтатилган бўлса ҳам, организмни ичкаридан заҳарлашда давом этади.

1.2.3. Абдоминал компартмент синдроми (Қорин ичи гипертензияси)

Перитонитда ичакларнинг дам бўлиши ва қорин бўшлиғида суяқлик (экссудат) тўпланиши натижасида қорин ичи босими (ҚИБ) кескин ошади. Агар ҚИБ 20 мм сим. уст. дан ошиб кетса, Абдоминал Компартмент Синдроми (AKS) ривожланади.

Унинг оқибатлари ҳалокатлидир:

- Диафрагма юқорига кўтарилиб, ўпка ҳажмини кичрайтиради (нафас етишмовчилиги);

- Буйрак веналари босилиб, сийдик ажралиши тўхтайди (ўткир буйрак етишмовчилиги);
- Юракка қон қайтиши камайиб, юрак етишмовчилиги кучаяди.

1.3. Акушерлик перитонитининг клиник ва прогностик таснифи

Перитонитни тўғри таснифлаш — адекват жарроҳлик тактикасини танлашнинг калитидир. Қуйида амалиётда энг кўп қўлланиладиган таснифлар келтирилган.

1. Тарқалишига кўра:

- **Чегараланган перитонит (Пельвиоперитонит).** Яллиғланиш фақат кичик чанок бўшлиғи билан чекланган.
- **Тарқалмаган диффуз перитонит.** Яллиғланиш кичик чанокдан ташқарига чиққан, лекин қорин бўшлиғининг фақат 2-3 соҳасини (масалан, гипогастрий ва ўнг ёнбош соҳа) эгаллаган.
- **Тарқалган (тотал) перитонит.** Яллиғланиш қорин бўшлиғининг барча қаватлари ва соҳаларини эгаллаган.

2. Клиник кечиш босқичлари (В.С. Савельев бўйича):

- **I босқич – Реактив босқич (дастлабки 24 соат).** Гиперергик реакция, оғриқ синдроми ва маҳаллий белгилар устунлиги.
- **II босқич – Токсик босқич (24-72 соат).** Интоксикациянинг кучайиши, гемодинамик ўзгаришлар, паралитик илеус белгилари.
- **III босқич – Терминал босқич (72 соатдан сўнг).** Чуқур полиорган етишмовчилиги, септик шок, прекоматоз ҳолат.

Талабалар диққатига: Акушерлик перитонитида бу босқичлар вақт жиҳатидан қисқариши ва тезроқ терминал ҳолатга ўтиши мумкин.

3. Мангейм Перитонит Индекси (MPI – Mannheim Peritonitis Index)

Перитонитнинг оғирлик даражасини ва ўлим хавфини прогноз қилиш учун жаҳон амалиётида Мангейм индекси қўлланилади (1.1-жадвал). Бу шкала шифокорга бемор ҳолатини объектив баҳолашга ёрдам беради.

Мангейм Перитонит Индекси (MPI)

Хавф омиллари	Балл
Ёш (50 ёшдан юқори)	5
Жинс (Аёл)	5
Орган етишмовчилиги (буйрак, ўпка, шок)	7
Ёмон сифатли ўсма мавжудлиги	4
Перитонит давомийлиги (> 24 соат)	4
Тарқалиши (Диффуз/Тотал)	6
Экссудат характери:	
- Шаффоф (сероз)	0
- Йирингли	6
- Нажасли (ихороз)	12

MPI натижаларини таҳлил қилиш:

- < 21 балл: Енгил даража (Леталлик хавфи 0-3%).
- 21–29 балл: Ўрта оғир даража (Леталлик хавфи 20-25%).
- > 29 балл: Оғир даража (Леталлик хавфи 50% ва ундан юқори).

Акушерлик перитонитида беморларнинг барчаси аёл эканлиги (автоматик 5 балл) ва қўпинча кеч таъхис қўйилиши (>24 соат – 4 балл) сабабли, улар тезда юқори хавф гуруҳига кириб қоладилар.

4. WSES (World Society of Emergency Surgery) таснифи

Бутунжаҳон шошилиш жарроҳлик жамияти таснифига кўра, акушерлик перитонити "Шифохона билан боғлиқ" (Hospital-acquired) инфекциялар гуруҳига киради. Бу тасниф антибиотикотерапияни тўғри танлаш учун муҳим, чунки шифохона перитонити ҳар доим резерв антибиотикларни (карбапенемлар, ванкомицин) талаб қилади.

2-БОБ

КЛИНИК МАНЗАРА ВА ДИАГНОСТИКА

Акушерлик перитонитининг клиник диагностикасидаги асосий мураккаблик унинг классик "ўткир қорин" манзарасидан узоқлигидадир. Умумий жарроҳликдаги перитонитга хос бўлган кескин оғриқ, "тахтакачдек" қотган қорин мушаклари (мушаклар дефанси) ва Шеткин-Блюмберг белгисининг яққол ифодаланиши бу ҳолат учун хос эмас. Аксинча, клиника кўпинча "ўчирилган", "яширин" хусусиятга эга бўлиб, бу шифокорнинг диагностик ҳушёрлигини "чалғитади" ва қимматли вақтнинг бой берилишига олиб келади.

Ушбу "яширин клиника" феноменининг патофизиологик асосида бир нечта омиллар ётади:

– *Туғруқдан кейинги физиологик ўзгаришлар*: Қорин олд деворининг чўзилганлиги ва тонусининг пасайганлиги сабабли мушакларнинг ҳимоя таранглашиши (дефанс) кучсиз ривожланади.

– *Нисбий иммуносупрессия*: Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврдаги организмнинг табиий иммун жавобининг пасайиши яллиғланишга нисбатан ёрқин реакция (масалан, жуда юқори иситма) бўлмаслигига олиб келиши мумкин.

– *"Ниқобловчи" терапия*: Кўп ҳолларда беморлар Кесарча кесишдан кейинги даврда ёки эндометрит ташхиси билан аллақачон антибактериал ва оғриқсизлантирувчи (анальгетик) дори воситаларини қабул қилаётган бўлади. Бу воситалар ҳароратни туширади, оғриқни камайтиради, аммо қорин бўшлиғидаги "фалокат"нинг ривожланишини тўхтата олмайди, фақат унинг белгиларини яширади.

Шу сабабли, бўлажак шифокор акушерлик перитонитига ташхис қўйишда яққол белгиларга эмас, балки умумий ҳолат ва маҳаллий белгилар ўртасидаги номувофиқликка, шунингдек, бир-бирини тўлдирувчи кичик белгилар мажмуасига таяниши лозим.

2.1. Клиник белгилар ва уларнинг таҳлили

Акушерлик перитонитининг клиникаси икки асосий гуруҳ – умумий интоксикация ва маҳаллий абдоминал белгилардан иборат. Кўпинча, умумий интоксикация белгилари маҳаллий ўзгаришлардан устун туради ва эртароқ намоён бўлади.

Умумий интоксикация синдроми – бу организмнинг микроб токсинлари билан кучли заҳарланишининг натижасидир. Беморнинг аҳволи кўпинча "эндометрит" ташхиси билан даволанаётганига қарамай, ижобий динамика кузатилмайди ёки қисқа муддатли яхшиланишдан сўнг кескин ёмонлашади. Беморда кучайиб боровчи ҳолсизлик, лоҳаслик, адинамия, иштаҳанинг бутунлай йўқолиши кузатилади. Айрим ҳолларда, аксинча, марказий асаб тизимининг токсик шикастланиши ҳисобига эйфория – ўзининг оғир аҳволига нисбатан танқидий муносабатнинг йўқолиши, асоссиз хотиржамлик кузатилиши мумкин.

Интоксикациянинг энг муҳим ва объектив белгиси – бу тахикардия (юрак уришининг тезлашиши). Пульс тезлиги доимий равишда дақиқасига 100-120 та ва ундан юқори бўлади. Асосий диагностик мезон – бу пульс ва тана ҳарорати ўртасидаги номувофиқлик (диссоциация), яъни "қайчи" белгисидир. Масалан, тана ҳарорати антибиотиклар фонида 37.5°C (субфебрил) бўлиши мумкин, аммо пульс 120 тани ташкил этади. Бу организмдаги жиддий фалокатдан далолат берувчи хавфли белгидир. Шунингдек, тилнинг қуруқлиги, "қақраши" ва оқ ёки жигарранг караш билан қопланиши, юз қиёфасининг ўткирлашуви ва тери рангпарлиги ҳам кучаяди.

Маҳаллий (абдоминал) белгилар кўпинча "ўчирилган" бўлади. Қориндаги оғриқ классик перитонитдагидек кескин, "ханжар ургандек" эмас, балки симилловчи, доимий, аниқ чегараланмаган хусусиятга эга бўлади. Кўпинча бемор оғриқни Кесарча кесишдан кейинги чок соҳасида ёки қорин пастида ҳис қилади.

Маҳаллий белгилар ичида ташхис учун энг катта аҳамиятга ичак парези (фалажи) белгилари эга. Бу – перитонитнинг энг эрта ва энг доимий

хамрохидир. У қориннинг бир текис дам бўлиши (метеоризм) билан намоён бўлади. Бемор ел келмаслигига ва ич қотишига шикоят қилади. Қоринни пайпаслаганда, у юмшоқ, лекин "резина тўпдек" таранг, шишган бўлади. Энг муҳим аускультатив белги – бу ичак перистальтикасининг сусайиши ва кейинчалик бутунлай йўқолишидир. Бу ҳолат тиббиётда "қабр жимлиги" (dead silence) феномени деб аталади ва қорин бўшлиғида йирингли жараён авж олганидан далолат беради.

Классик перитонеал белги бўлмиш Щеткин-Блюмберг белгисига келсак, у акушерлик перитонитида кўпинча кучсиз мусбат ёки ҳатто манфий бўлиши мумкин. Бунга сабаб, биринчидан, юқорида айтилган қорин деворининг бўшлиғи, иккинчидан, инфекция ўчоғининг кўпинча чуқурда – кичик чанокда (пельвиоперитонит) жойлашганидир. Шу сабабли, бу белгининг манфийлиги перитонитни инкор эта олмайди.

Ушбу вазиятда энг информатив усуллардан бири – бу **вагинал (бимануал) текширувдир**. Қин орқали текширилганда бачадон бўйнини силжитиш (порцио) кескин оғриқли бўлади (бу кичик чанок қорин пардасининг таъсирланганини билдиради). Қин орқа гумбазлари, айниқса орқа гумбаз (Дуглас бўшлиғи) пайпасланганда кескин оғриқ, шиш ва осилиб турган инфильтрат (йиринг тўплами) аниқланиши мумкин.

Касалликнинг клиник манзараси унинг ривожланиш босқичига қараб кескин ўзгариб боради. Талабалар ушбу динамикани аниқ тасаввур қилишлари учун уни тизимлаштириш муҳимдир (жадвал 2.1.).

Акушерлик перитонитининг босқичлари бўйича клиник манзараси

Белгилар	Реактив босқич (дастлабки 12- 24 соат)	Токсик босқич (24-72 соат)	Терминал босқич (72 соатдан сўнг)
Умумий аҳвол	Ўртача оғир, безовталиқ, баъзан эйфория.	Оғир. Лоҳаслик, тормозланиш, адашганлик.	Ўта оғир. Ҳушнинг сопор ёки комага ўтиши.
Пульс (Тахикардия)	100-110/дақ. Ҳароратга мос келиши мумкин.	120-140/дақ. Ҳароратга аниқ номувофиқ.	140/дақ. дан юқори, ипсимон.
Артериал босим	Нормада ёки бироз пасайган.	Пасайган (Гипотония).	Кескин пасайган, аниқлаш қийин (Септик шок).
Маҳаллий оғриқ	Доимий, лекин "ўчирилган", аниқ жойлашмайди.	Кучсизланади ("сохта хотиржамлик").	Оғриқ сезгиси йўқолиши мумкин (рецепторлар фалажи).
Қорин дам бўлиши	Енгил ёки ўртача.	Яққол, қорин таранглашган.	Кескин ("лягушачий" қорин).
Перистальтика	Сусайган.	Эшитилмайди ("кабр жимлиги").	Эшитилмайди.
Щеткин- Блюмберг	Кучсиз мусбат ёки манфий.	Кўпинча аниқланади (агар бемор ҳушида бўлса).	Аниқлаш аҳамиятсиз.
Қусиш	1-2 марта, рефлектор.	Такрорий, енгиллик келтирмайди.	Доимий, "ичак таркиби" (каловий қусиш).

2.2. Лаборатор ва инструментал ташхислаш

Клиник манзаранинг "ўчирилган" ва шубҳали бўлиши шароитида ташхисни тасдиқлаш учун объектив лаборатор ва инструментал усуллар биринчи даражали аҳамиятга эга бўлади.

Лаборатор ташхислаш организмдаги яллиғланиш ва интоксикация даражасини объектив баҳолаш имконини беради. Умумий қон таҳлилида яққол яллиғланиш белгилари аниқланади: лейкоцитоз (одатда $12-20 \times 10^9/\text{л}$ гача) ва лейкоцитар формуланинг кескин чапга силжиши (ёш, таёқчасимон ва миелоцитлар каби етилмаган нейтрофилларнинг пайдо бўлиши). Баъзан, организмнинг ҳимоя кучлари тугаганда, аксинча, лейкопения (лейкоцитларнинг $4.0 \times 10^9/\text{л}$ дан камайиши) кузатилиши мумкин, бу ўта ёмон прогностик белги ҳисобланади. Эндотоксикоз даражасини аниқроқ баҳолаш учун Лейкоцитар интоксикация индекси (ЛИИ) ҳисобланади; унинг 4.0 дан ошиши жиддий интоксикациядан далолат беради. Шунингдек, анемия ва ЭЧТнинг кескин ошиши ҳам кузатилади.

Биокимёвий таҳлил эса полиорган етишмовчилигининг бошланаётган белгиларини аниқлайди. Плазманинг қорин бўшлиғига чиқиши (экссудация) ва оксил парчаланиши ҳисобига гипопротеинемия (умумий оксилнинг камайиши) ривожланади. Қусиш ва ичак парези туфайли электролит бузилишлар (айниқса, гипокалиемия) юзага келади. Буйрак фаолиятининг бузилишини кўрсатувчи мочевина ва креатинин миқдорининг ошиши – бу ўтқир буйрак етишмовчилигининг бошланишидан далолат берадиган хавфли белгидир.

Инструментал ташхислаш ташхисни "кўз билан кўриш" ва тасдиқлаш имконини беради. Бугунги кунда бунда "олтин стандарт" бу – ультратовуш текшируви (УТТ) ҳисобланади. Бу тезкор, хавфсиз ва юқори информатив усул бўлиб, уни ҳар бир шубҳали ҳолатда биринчи навбатда ўтказиш шарт. УТТда шифокор учта асосий саволга жавоб излайди:

1) *Инфекция манбаи.* Бачадон ҳолати, айниқса Кесарча кесишдан кейинги чок соҳаси синчиклаб ўрганилади. Чок соҳасидаги инфильтрат, абсцесс, гематома ёки чок етишмовчилиги дефекти аниқланиши мумкин.

2) *Эркин суюқлик.* Қорин бўшлиғида (кичик чанокда, ичаклар орасида, жигар остида) анэхоген ёки аралаш эхоген суюқлик (йиринг, фибрин) мавжудлиги перитонитни тасдиқлайди.

3) *Ичак парези белгилари.* Ичак қовузлоқларининг суюқлик ва газ билан кескин кенгайиши, уларнинг ҳаракатсизлиги ("маятниксимон" ҳаракат) ва ичаклар аро суюқлик тўпланиши.

Қорин бўшлиғини обзор рентгенографияси бугунги кунда ўз аҳамиятини биров йўқотган бўлса-да, у ичак тутилишининг кечки белгиси – Клойбер косачаларини (ичаклардаги суюқлик ва газ сатҳлари) аниқлаш учун қўлланилади.

Компьютер томография (КТ) эса УТТ аниқ маълумот бермаган мураккаб ҳолатларда, айниқса қорин бўшлиғида ёки қорин пардаси ортида чуқур жойлашган абсцессларни аниқлашда тенгсиз усулдир.

Нихоят, ташхис шубҳали бўлиб қолган барча ҳолатларда **диагностик лапароскопия** қўлланилади. Бу – энг аниқ ташхис усули. Унда қорин бўшлиғига кичик тешик орқали видеокамера киритилиб, қорин пардасининг ҳолати, экссудатнинг (йиринг, фибрин) мавжудлиги ва характери, шунингдек, инфекция манбаи (бачадон, найлар) бевосита визуал баҳоланади. Муҳим жиҳати, диагностик лапароскопия кўпинча дарҳол даволовчи катта операцияга – **лапаротомияга** ўтиб кетади.

Акушерлик перитонити ташхиси, шундай қилиб, ягона бир белгига эмас, балки бир нечта клиник, лаборатор ва инструментал мезонлар мажмуасига асосланади (жадвал 2.2).

Акушерлик перитонитининг асосий диагностик мезонлари мажмуаси

Ташхис усули	Специфик белги ёки тест	Асосий топилма (Нимага эътибор бериш керак)	Диагностик аҳамияти ва изоҳлар
I. КЛИНИК БАҲОЛАШ	Ҳаётий кўрсаткичлар (Пульс)	Тахикардия > 110-120/дақ., айниқса тана ҳароратига номувофиқ бўлса ("Қайчи" белгиси).	ЖУДА ЮҚОРИ. Эндотоксикоз ва гиповолемиянинг энг эрта ва энг ишончли белгиси.
	Қоринни аускультация қилиш	Ичак перистальтикасининг сусайиши ёки бутунлай йўқолиши (" Қабр жимлиги ").	ЖУДА ЮҚОРИ. Ичак фалажи (парези) = Перитонит. Бу белгисиз перитонит деярли бўлмайди.
	Қоринни пайпаслаш	Қориннинг бир текис дам бўлиши (шишиши).	ЮҚОРИ. Ичак парезининг визуал ва пальпатор белгиси.
	Перитонеал белгилар	Щеткин-Блумберг белгиси.	ПАСТ/ЎРТАЧА. Дикқат! Бу белги кўпинча "ўчирилган", кучсиз мусбат ёки <i>манфий</i> бўлади. Унга ишониб қолиш ХАТО!
	Гинекологик кўрик	Бачадон бўйнини силжитиш ва қин гумбазларини пайпаслаш кескин оғриқли бўлиши.	ЖУДА ЮҚОРИ. Жараённинг кичик чанокдан чиқаётганини ва қорин пардаси таъсирланганини тасдиқлайди.
II. ЛАБОРАТОР ТЕСТЛАР	Умумий қон таҳлили (УҚТ)	Юқори лейкоцитоз ЁКИ Лейкопения + Нейтрофил формуланинг чапга кескин силжиши.	ЮҚОРИ. Лейкопения (организм курашмай қўйгани) ўта ёмон прогностик белгидир.

	Интоксикация индекси (ЛИИ)	ЛИИ кўрсаткичининг 4.0 дан юқорилаши.	ЮҚОРИ. Интоксикация даражасини объектив рақамларда кўрсатади.
	Биокимёвий таҳлил	Мочевина ва креатининнинг ошиши. Умумий оқсилнинг камайиши.	ЮҚОРИ. Полиорган етишмовчилиги (айниқса буйрак) бошланаётганини кўрсатади.
III. ИНСТРУМЕНТАЛ ТАШХИС	УЛЬТРАТОВУШ (УТТ) (Биринчи навбатда!)	1. Қорин бўшлиғида (кичик чанок, ён каналлар) эркин суюқлик (йиринг) . 2. Ичак қовузлоқларининг кенгайиши, ҳаракатсизлиги.	"ОЛТИН СТАНДАРТ" (Дастлабки). Дарҳол ўтказилиши шарт. 90-95% ҳолатда ташхисни тасдиқлайди.
	УТТ (Мақсадли)	Кесарча кесиш чоки соҳасида дефект, абсцесс ёки инфильтрат мавжудлиги.	ЖУДА ЮҚОРИ. Нафақат перитонитни, балки унинг <i>сабабини</i> (инфекция ўчоғини) аниқлайди.
	Рентгенография	"Клойбер косачалари" (ичакда суюқлик ва газ сатҳлари).	ЎРТАЧА. Ичак тутилишининг <i>кечки</i> белгиси. УТТ анча информатив ва эртароқ белги беради.
	ДИАГНОСТИК ЛАПАРОСКОПИЯ	Қорин бўшлиғида йиринг, фибрин иплари , қорин пардаси яллиғланишини бевосита кўриш.	АБСОЛЮТ ТАШХИС (100%). Барча бошқа усуллар шубҳали бўлганда қўлланилади ва дарҳол даволаш операциясига ўтилади.

2.3. Қиёсий ташхисоти

Акушерлик перитонитини ўз вақтида аниқлаш клиник амалиётдаги энг масъулиятли ва мураккаб босқичлардан бири ҳисобланади. Бу ҳолат кўпинча туғруқдан кейинги даврдаги бошқа яллиғланиш ва септик асоратлар билан ўхшаш клиник манзарада кечади. Шу сабабли, шифокордан юқори даражадаги клиник тафаккур, тажриба ва “диагностик ҳушёрлик” талаб этилади. Қиёсий ташхис асосан қуйидаги касаллик ва синдромлар билан ўтказилади.

1. Туғруқдан кейинги эндометрит билан қиёсий ташхис. Акушерлик перитонитининг энг яқин ва кўп учрайдиган клиник аналог — бу оғир эндометритдир. Ушбу икки ҳолат бошланғич босқичларда ўхшаш белгилари билан кечиши мумкин: ҳароратнинг кўтарилиши, тахикардия, субинволюция, бачадон соҳасида оғриқ ва ифлос, сассиқ лохиялар. Бироқ асосий фарк шундаки, эндометритда яллиғланиш жараёни бачадон ичида чегараланган бўлади, қорин пардаси ҳали таъсирланмаган. Шунинг учун ҳам умумий интоксикация белгилари бўлса-да, ичак парези ("жим қорин") ва диффуз қорин оғриғи кузатилмайди.

Ультратовуш текширувида (УТТ) бачадон бўшлиғида эхоген массалар (лохиялар, йиринг, тромблар) кўриниши мумкин, аммо қорин бўшлиғида эркин суюқлик аниқланмайди. Даво фонида (антибиотиклар, инфузия терапияси, бачадон ичи дренаж) тез яхшиланиш кузатилиши ҳам эндометрит фойдасига гувоҳлик беради.

2. Механик ичак тутилишидан фарқлаш. Перитонитнинг муҳим клиник белгиси — паралитик илеус (ичак фалажи), яъни ичак перистальтикаси бутунлай сўнади, қорин “жим” бўлади. Механик ичак тутилишида эса аксинча, оғриқ тўлғоқсимон тусда бўлади, перистальтик тўлқинлар кучайган, “томчи томиши” ёки “металл жаранги” каби аниқ шовқинлар эшитилади. Қусишларда аввал овқат қолдиқлари, кейин эса сафро, баъзан фекал массалар пайдо бўлади.

Рентгенологик текширувда “Клойбер косаси” белгилари, яъни газ билан тўлган ичак ҳалқалари аниқланади, аммо перитонитдаги диффуз париеетал

газлар (пневмоперитонеум) ёки кўп суюқлик кўриниши йўқ бўлиши мумкин. Шунинг учун бундай ҳолатларда рентген ёки КТ диагностикаси муҳим аҳамиятга эга.

3. Туғруқдан кейинги чанок веналарининг тромбофлебити. Бу ҳолат ҳам ҳароратнинг юқори кўтарилиши, титраш ва интоксикация билан кечади. Бироқ перитонитдан фарқли равишда, қорин пардаси симптомлари (дефанс, Щеткин–Блюмберг белгилари) бўлмайди, ичак парези ҳам кузатилмайди.

Тромбофлебитда асосий клиник белги — оғриқнинг бир томонлама бўлиши (одатда бачадон ён томонида, чуқур, чўзиқ оғриқ), шунингдек, оғриқ боғланган томондаги оёқда оғирлик ва шиш пайдо бўлиши мумкин. Ультратовуш Допплерографиясида чанок веналарида тромбоз белгилари аниқланади.

4. Ўткир пиелонефрит билан қиёсий ташхис. Ўткир пиелонефритда асосий шикоятлар бел соҳасидаги оғриқ, иситма, сийдик чиқаришнинг бузилиши, Пастернацкий белгисининг мусбатлиги билан ифодаланади.

Сийдик таҳлилида лейкоцитурия, бактериурия ва баъзан протеинурия кузатилади. Қорин бўшлиғидаги париеетал симптомлар (дефанс, “жим қорин”) бўлмайди. Бу фарқ перитонитни инкор этишда муҳим аҳамиятга эга.

5. Септик шок ва оғир интоксикацион ҳолатлар. Айрим ҳолларда перитонитнинг кеч босқичи умумий септик ҳолатлар билан чалкаштирилиши мумкин. Аммо перитонитдаги сепсис ҳар доим анатомик инфекция манбаи (қорин бўшлиғидаги экссудат, йирингли очик очоқ) билан боғлиқ бўлади. Шу сабабли, шифокор сепсис белгилари аниқланганда, перитонит эҳтимолини ҳам доимо ҳисобга олиши шарт.

Диагностик ҳушёрлик тамойили. Туғруқдан кейинги даврдаги ҳар бир аёлда, айниқса Кесарча кесиш операциясидан кейинги беморда, агар антибиотиклар фонида 48-72 соат ичида яхшиланиш кузатилмаса, тахикардия сақланса, қорин дам бўлса ёки оғриқ кучайса, перитонит эҳтимоли биринчи навбатда ўйланиши керак.

Бундай ҳолатларда қўшимча лаборатор (лейкоцитоз, С-реактив оқсил, прокальцитонин) ва инструментал (УТТ, рентгенография, КТ) текширувлар шошилишч ўтказилиши лозим.

Энг муҳими – шифокор перитонитни “инкор этишга” шошилмаслиги, балки аксинча, уни тасдиқламасдан туриб, тўлиқ баҳолашни ўз зиммасига олиши керак. Чунки акушерлик перитонитида вақт омилининг ҳар соати ҳаётий аҳамиятга эга.

3-БОБ

ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ ВА ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯ

3.1. Даволашнинг умумий стратегияси ва тамойиллари

Акушерлик перитонити ташхиси клиник амалиётда фавқулодда ҳолат сифатида баҳоланади ва шифокор томонидан тезкор, аниқ ва мувофиқлаштирилган ҳаракатларни талаб қилади. Бу патологиянинг асосий хавфи – унинг яшин тезлигида маҳаллий инфекцион жараёндан тизимли яллиғланиш жавоби синдроми (SIRS), сепсис, септик шок ва полиорган етишмовчилиги (ПОН) сари ривожланишидир. Шу боис, акушерлик перитонитини даволашдаги асосий қоида – “эрта ташхис – агрессив комплекс даволаш” тамойилидир. Бу ҳолатда ҳар соат қимматли, ҳар кечиктирилган дақиқа бемор ҳаёти учун хавфли ҳисобланади.

Ҳар қандай “кутиш”, “кузатиш” ёки “консерватив терапия билан синаб кўриш” тактикаси нотўғри ҳисобланади, чунки инфекция манбаи қорин бўшлиғида сақланиб турган бир пайтда, антибиотик ёки инфузия билан уни бартараф этишнинг иложи йўқ. Бу ҳолатда кечиктирилган жарроҳлик деярли ҳар доим оғир сепсис ва ўлим билан тугайди. Шунинг учун, ташхис аниқланиши биланоқ даволаш стратегияси бир пайтнинг ўзида учта асосий йўналишда бошланиши шарт:

1. Операциягача бўлган интенсив тайёргарлик

Бу босқичнинг мақсади — беморни “даволаб қўйиш” эмас, балки уни жарроҳликка тайёр ҳолатга келтиришдир. Акушерлик перитонитида кўпинча бемор касалхонага оғир интоксикация, гиповолемия, артериал гипотензия, тахикардия, метаболик ацидоз ва электролит бузилишлари билан келади. Шунинг учун биринчи соатларда амалга оширилиши лозим бўлган чоралар қуйидагилардан иборат:

Инфузион терапия – кристаллоид ва коллоид ертималар билан қон айланиш ҳажмини тўлдириш, гиповолемияни бартараф этиш. Ҳисобланган

сууиқлик миқдори соатлик диурез ва гемодинамик кўрсаткичлар асосида белгиланади.

Детоксикация чоралари – токсинларни чиқариш учун форсирланган диурез, плазмаферез ёки гемосорбция каби усуллар қўлланилиши мумкин.

Кислород терапияси ва нафас функциясини қўллаб-қувватлаш – гипоксияни олдини олиш учун кислород ингаляцияси ёки керак бўлса сунъий нафас олиш аппарати (ИВЛ) қўлланилади.

Антибактериал терапияни эрта бошлаш – кенг қамровли антибиотиклар (карбапенемлар, цефалоспоринлар + метронидазол) инфекциянинг асосий агентларига таъсир қилади. Антибиотиклар операциядан олдин 1 соат ичида жорий этилиши тавсия қилинади.

Кардиоваскуляр барқарорликни тиклаш – вазопрессорлар (допамин, норадреналин) гипотензияда қўлланилиши мумкин.

Электролит ва кислотобазавий балансни тузатиш – ацидозни бартараф этиш учун натрий бикарбонат, гипокалиемияда калий препаратлари берилади.

Беморнинг умумий ҳолати барқарорлашгани биланок (одатда 1–2 соат ичида), жарроҳлик аралашувига ўтилади. “Ортикча тайёргарлик” тушунчаси бу патологияда мавжуд эмас — ҳар қандай кечиктириш оқибатда салбий натижа беради.

2. Шошилиш жарроҳлик аралашуви

Акушерлик перитонитини даволашнинг асосий ва ҳал қилувчи босқичи – бу инфекция манбаини радикал бартараф этишдир. Бу тамойил халқаро амалиётда “Source control” деб аталади. Агар инфекция манбаи сақланиб қолса, ҳар қандай инфузия, антибиотик ёки реанимация чоралари самарасиз бўлади.

Жарроҳлик амалиёти, одатда, **кенг лапаротомия** орқали бажарилади. Амалиётнинг асосий вазифалари:

1. Инфекция манбаини бартараф этиш:

- Кесарча кесишдан кейинги перитонитда — чокларнинг етишмовчилиги ёки бачадон девори некрози мавжуд

бўлса, тотал гистерэктомия (бачадонни олиб ташлаш) амалга оширилади.

- Агар манба сальпингоофорит ёки параметрит бўлса — шикастланган найлар ёки тухумдонлар экстирпация қилинади.

2. Қорин бўшлиғини санация қилиш ва дренажлаш:

- Йирингли-экссудатив массалар, фибрин иплари ва некротик тўқималар тўлиқ олиб ташланади.
- Қорин бўшлиғи катта ҳажмдаги стерил изотоник эритма билан ювилади (2–4 литргача).
- Дренажлар кўп жойли қилиб қўйилади (Douglas қавати, латерал каналлар, субдиафрагмал соҳалар).

3. Агрессив инфекцияда – эҳтиёжга қараб релапаротомия (қайта операция) тактикаси режалаштирилади. Бу “open abdomen” ёки “planned relaparotomy” усули билан амалга оширилиши мумкин.

Операция жараёнида хирург, гинеколог ва анестезиологнинг ўзаро мувофиқ фаолияти жуда муҳим. Операция вақтида беморнинг гемодинамикаси, газ алмашинуви ва диурези доимий назоратда бўлиши керак.

3. Операциядан кейинги реанимацион ёрдам

Акушерлик перитонитининг даволаши операция билан тугамайди — асосий кураш жарроҳликдан кейинги **реанимация босқичида** давом этади. Бу босқичдаги асосий мақсадлар:

- сепсис ва эндотоксикознинг олдини олиш ёки уларни бартараф этиш,
- полиорган етишмовчилигини камайтириш,
- метаболик барқарорликни тиклаш ва организмнинг барқарор ҳаётий фаолиятини сақлаб қолиш.

Операциядан кейин қуйидаги асосий йўналишлар амалга оширилади:

- Интенсив инфузион ва дезинтоксикацион терапия (гемодилюция ва реологияни яхшилаш мақсадида).
- Антибактериал терапияни давом эттириш, антибиотикларнинг доза ва йўллари микробиологик таҳлиллар асосида мослаштирилади.
- Иммуномодуляторлар ва антиоксидантлар (тималин, полиоксидоний, витамин Е, С) қўлланилиши мумкин.
- Озуқлантириш (нутритив қўллаб-қувватлаш) – оғир интоксикацияда парентерал ёки энтераль овқатлантириш орқали.
- Гемодинамик мониторинг ва орган функциялари назорати – ҳар 1–2 соатда артериал босим, пульс, диурез, кислород сатурацияси баҳоланади.

Бемор операциядан кейинги илк 5-7 кун ичида реанимация бўлимида бўлиши шарт. Септик шок, ПОН ёки нефропатия ривожланса, нефролог ва реаниматолог томонидан гемодиализ ёки экстракорпорал детоксикация усуллари қўлланилади.

Акушерлик перитонитини даволаш муваффақияти – жамоавий иш, вақтни тежаш ва қатъий тактик қарорлар қабул қилишда. Бу касалликда хатога ёки сусткашликка ўрин йўқ. Ҳар бир шифокор “эрта ташхис – фавқулодда жарроҳлик – комплекс реанимация” занжирининг аҳамиятини тўлиқ англаши лозим. Фақат шундай ёндашувгина она ҳаётини сақлаб қолиши мумкин.

3.2. Операциягача тайёргарлик ва интенсив терапия

Перитонит ташхиси қўйилган беморни дарҳол операция хонасига олиш ҳар доим ҳам тўғри ечим эмас. Кўп ҳолларда бемор оғир эндотоксикоз, гиповолемия (суюқлик етишмовчилиги), гипотония ва чуқур метаболик бузилишлар (масалан, ацидоз) ҳолатида бўлади. Бундай беморга наркоз бериш ва кенг ҳажмли операция ўтказиш юрак-қон томир фаолиятининг тўхташига олиб келиши мумкин.

Шу сабабли, беморга **"терапевтик ойна"** – қисқа, лекин ўта интенсив тайёргарлик даври берилади. Бу даврнинг мақсади – беморни даволаш эмас, балки унинг аҳволини операцияни кўтара оладиган дарагача барқарорлаштиришдир. Бу тайёргарлик 2 соатдан 4 соатгача давом этиши мумкин, лекин 6 соатдан ортиқ чўзиш жарроҳлик аралашувини кечиктириш ҳисобига ўлим хавфини кескин оширади.

Операциягача тайёргарлик қуйидаги учта асосий йўналишда олиб борилади:

1. Инфузион-трансфузион терапия (Гиповолемияга қарши кураш).

Перитонитда улкан миқдордаги суюқлик (плазма, электролитлар) қон томир ўзанидан қорин бўшлиғига ("учинчи бўшлиққа"), ичаклар бўшлиғига ва яллиғланган ичаклар деворига ўтади. Бу ҳолат айланаётган қон ҳажмининг кескин камайишига (гиповолемия) ва шокка олиб келади.

- *Мақсад:* Йўқотилган суюқлик ўрнини тезкорлик билан тўлдириш, қон босимини кўтариш (Ўртача Артериал Босимни > 65 мм.сим.уст. га етказиш) ва микроциркуляцияни тиклаш.
- *Усул:* Ташхис қўйилган заҳоти иккита йирик периферик вена ёки марказий вена (ўмров ости ёки бўйинтуруқ венаси) катетерланади. Инфузия "Surviving Sepsis Campaign" тавсиясига кўра, гипотония белгилари бўлса, 30 мл/кг тана вазнига ҳисобидан кристаллоид эритмаларни биринчи 1-3 соат ичида тезкор юборишдан бошланади.
- *Эритмаларни танлаш:* Оддий 0.9% Натрий Хлорид (Физиологик эритма) ўрнига катта ҳажмларда мувозанатлашган кристаллоидлар (масалан, Рингер Лактати, "Плазма-Лит", "Стерофундин") афзал кўрилади, чунки улар гиперхлоремик метаболик ацидоз чақирмайди.
- *Коллоидлар:* Альбумин эритмаси, айниқса оғир гипопротеинемияда ва катта ҳажмда кристаллоидлар қуйилганида, суюқликни томир ўзанида ушлаб туриш учун қўлланилади. Янги музлатилган плазма (ЯМП) фақатгина қон ивиш бузилишлари (коагулопатия, ДВС-синдром) белгилари бўлгандагина қўлланилади, шунчаки ҳажм тўлдириш учун эмас.

- *Қон компонентлари:* Агар оғир анемия (Гемоглобин $< 70-80$ г/л) бўлса, кислород ташувчилик қобилятини тиклаш учун эритроцитар масса қуйилиши мумкин.
- *Назорат:* Инфузия "кўр-кўрона" олиб борилмайди. Унинг самарадорлиги Марказий Веноз Босим (МВБ), артериал қон босими (АҚБ) ва энг муҳими – соатлик диурез (сийдик ажралиши > 0.5 мл/кг/соат) назорати остида олиб борилади. Замонавий реанимацияда "пассив оёқ кўтариш" (Passive Leg Raise) тести каби динамик усуллар беморнинг суюқликка жавоб беришини аниқлаш учун қўлланилади.

2. Рационал антибактериал терапия. Инфекцияга қарши курашни "операциядан кейин бошлаймиз" деб ўтирмасдан, ташхис қўйилган биринчи соат ичидаёқ бошлаш шарт. Сепсисда кечиккан ҳар бир соат ўлим хавфини оширади.

- *Мақсад:* Қондаги бактериялар концентрациясини (бактериемия) тезкорлик билан камайтириш ва септик шокнинг авж олишини тўхтатиш.
- *Усул:* Бемордан бактериологик экиш учун намуна (қондан – гемокультура, сийдикдан) олинган заҳоти, жавобини кутмасдан, эмпирик антибактериал терапия бошланади. Антибиотиклар максимал терапевтик дозада ва фақат вена ичига юборилади.
- *Танлов (Режимлар):* Танланган антибиотиклар мажмуаси 1-бобда айтилган барча гумонланувчиларни – Грам-манфий (*E. coli*, *Klebsiella*), Грам-мусбат (*Staphylococcus*, *Streptococcus*) ва энг асосийси – анаэроб (*Bacteroides*, *Clostridium*) микрофлорани қамраб олиши шарт.
 - Стандарт оғир ҳолат: III-IV авлод Цефалоспоринлари (масалан, Цефтриаксон, Цефтазидим, Цефепим) + Метронидазол (анаэробларга қарши мажбурий препарат).
 - Жуда оғир ҳолат (Септик шок) ёки Резистентликка шубҳа:

- Карбапенемлар (Меропенем, Имипенем-Циластатин, Дорипенем). Улар кенг қамровли, жумладан анаэробларга ҳам таъсир қилади.
- ЁКИ Ҳимояланган пенициллинлар (Пиперациллин/Тазобактам).
- Зарурат туғилса (масалан, MRSAга шубҳа бўлса), мажмуага Ванкомицин ёки Линезолид қўшилиши мумкин.

3. Ҳаётӣ муҳим аъзолар фаолиятини қўллаб-қувватлаш.

- *Нафас тизими:* Перитонитда қорин ичи босимининг ошиши (ичак парези) диафрагмани сиқади ва нафас етишмовчилигини кучайтиради.
 - Беморга дарҳол намлантирилган кислород (оксигенотерапия) берилади (Ниқоб ёки бурун канюлалари орқали).
 - Агар нафас етишмовчилиги белгилари (ҳансираш > 30/дак, қонда кислород сатурациясининг < 90% га тушиши), ҳушнинг бузилиши (кома) ёки гемодинамик беқарорлик кузатилса, беморни операциядан олдинок трахея интубацияси қилиб, сунъий нафас олиш аппаратига (ЎСВ) ўтказиш масаласи кўриб чиқилади. Бу нафақат ўпкани кислород билан таъминлайди, балки нафас олиш мушакларининг ишини (энергия сарфини) камайтириб, бутун организмни "дам олдиради".
- *Юрак-қон томир тизими:* Агар массив инфузион терапияга (30 мл/кг) қарамай, қон босими тикланмаса ва ЎАБ 65 мм.сим.уст. дан пастлигича қолса (бу септик шокни англатади), дарҳол вазопрессорлар қўлланилади:
 - Биринчи танлов: Норадреналин (Норепинефрин). У марказий вена катетери орқали инфузомат ёрдамида

юборилади ва томирларни торайтириб, қон босимини кўтаради.

- Иккинчи танлов: Агар Норадреналин самараси етарли бўлмаса, унга Вазопрессин ёки Адреналин (Эпинефрин) қўшилиши мумкин. (Допамин ҳозирги тавсияларда септик шокда биринчи танлов ҳисобланмайди).
- *Метаболик коррекция:*
 - Ацидоз: Оғир сепсисда лактат-ацидоз ривожланади. Уни даволашнинг асосий йўли – гемодинамикани тиклашдир. Фақат ўта оғир ҳолларда ($\text{pH} < 7.15$) Натрий гидрокарбонат (Сода) эритмаси қўлланилиши мумкин.
 - Гипергликемия: Сепсис – бу "стресс" ҳолати бўлиб, қонда қанд миқдори (ҳатто диабети йўқ беморда ҳам) кескин ошади. Қондаги қандни 8-10 ммоль/л атрофида ушлаб туриш учун Инсулин инфузияси қўлланилади.
 - Детоксикация: Буйраклар фаолиятини стимуллаш учун суюқлик ўрни тўлдирилгандан сўнг сийдик ҳайдовчилар (Фуросемид/Лазикс) қўлланилиши мумкин (мажбурий диурез), аммо бу фақат гемодинамика барқарорлашгандан кейин амалга оширилади.

3.3. Септик шок ва полиорган етишмовчилигини даволаш асослари

Акушерлик перитонитининг энг хавфли асоратлари ва кўпинча унинг клиник "ниқоби" – бу сепсис, септик шок ва полиорган етишмовчилиги (ПОН) синдромидир. Замонавий (Sepsis-3) таърифига кўра, сепсис – бу инфекцияга нисбатан организмнинг назоратдан чиқиб кетган (дисрегуляцияланган) тизимли яллиғланиш жавоби бўлиб, у ҳаётий муҳим аъзолар дисфункциясига олиб келади. Аъзолар дисфункцияси SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) шкаласи бўйича баҳоланади (масалан, креатининнинг ошиши –

буйрак дисфункцияси; билирубиннинг ошиши – жигар дисфункцияси; тромбоцитларнинг камайиши – коагулопатия).

Септик шок эса, сепсиснинг оғирроқ босқичи бўлиб, унда чуқур микроциркулятор ва метаболик бузилишлар кузатилади. Клиник жиҳатдан бу, етарли даражада суюқлик қуйилишига (адекват инфузияга) қарамай, қон босимининг кескин пасайиши (гипотония) билан намоён бўлади ва ўртача артериал босимни (ЎАБ) 65 мм.сим.уст. дан юқори ушлаб туриш учун вазопрессорлар (масалан, Норадреналин) талаб этилади. Шу билан бирга, қонда лактат (сут кислотаси) миқдорининг 2 ммоль/л дан ошиши тўқималар гипоксиясидан ва шок ҳолатидан далолат беради.

ПОН (MODS – Multiple Organ Dysfunction Syndrome) – бу септик шок ва эндотоксикознинг мантикий давоми бўлиб, унда икки ёки ундан ортиқ аъзолар тизими (мас., буйраклар – олигоанурия; ўпка – ўткир респиратор дистресс-синдром, ОРДС; жигар – гипербилирубинемия; қон ивиш тизими – ДВС-синдром) бир вақтнинг ўзида ишдан чиқа бошлайди. Бу "домино эффекти"га ўхшайди: бир аъзонинг ишдан чиқиши иккинчисини ҳам "йиқитади".

Ушбу ҳаёт учун хавфли ҳолатларни даволаш "Surviving Sepsis Campaign" (Сепсисдан омон қолиш кампанияси) халқаро тавсияларига асосланади. Асосий мақсад – "Биринчи соат дастаси" (Hour-1 Bundle) тамойилларига қатъий амал қилиш:

1. Лактат даражасини ўлчаш (тўқима гипоперфузияси маркери).
2. Бактериологик экиш учун қон олиш (антибиотиклардан олдин).
3. Дарҳол кенг қамровли, юқори дозадаги антибиотикларни вена ичига юбориш.
4. Гипотонияда 30 мл/кг кристаллоид эритмаларни тезкор (болус) инфузиясини бошлаш.
5. Инфузияга жавоб бўлмаса, ЎАБ ни 65 мм.сим.уст. дан юқори ушлаб туриш учун вазопрессорларни қўллаш.

Сепсис ва септик шокда интенсив терапиянинг қиёсий тамойиллари

Хусусият	Сепсис (Оғир)	Септик Шок (Ўта Оғир)
Таърифи	Инфекция + Ҳаётини муҳим аъзолар дисфункцияси (мас., олигурия, ҳушнинг хиралашуви, нафас етишмовчилиги).	Сепсис + Етарли микдордаги инфузион терапияга (суюқлик қуйишга) қарамай, қон босимини (Ўртача АҚБ < 65 мм.сим.уст.) ушлаб туриш учун вазопрессорлар талаб этиладиган ҳолат.
Қон босими (АҚБ)	Одатда нормал ёки бироз пасайган, суюқлик қуйилгандан сўнг тез тикланади.	Кескин пасайган (Гипотония). Суюқлик қуйишнинг ўзи етарли эмас.
Терапиянинг биринчи мақсади	Шок ривожланишининг олдини олиш, тўқималар перфузиясини тиклаш.	Ҳаётни сақлаб қолиш! Қон босимини зудлик билан минимал ҳаётини даражага (ЎАБ > 65) кўтариш.
Инфузион терапия	Агрессив: 30 мл/кг кристаллоидлар (Рингер, Трисоль) биринчи 1-3 соатда.	Ўта агрессив: 30 мл/кг тезкорлик билан ва давомли равишда.
Дори воситалари	1. Антибиотиклар (дарҳол). 2. Кислород.	1. Антибиотиклар (дарҳол). 2. Вазопрессорлар (Норадреналин) – биринчи танлов, инфузия билан бир вақтда бошланади. 3. Кислород (кўпинча ЎСВ талаб этилади).
Жарроҳлик аралашуви	Интенсив тайёргарликдан сўнг (2-4 соат ичида) шошилиш равишда.	Ўта шошилиш. Баъзан беморни шок ҳолатидан тўлиқ чиқара олмасдан, ҳаётини кўрсатма бўйича операцияга олишга тўғри келади.

Энг асосийси, акушерлик перитонитидаги сепсис – бу жарроҳлик сепсисидир. Юқоридаги барча чоралар (дорилар, суюқликлар) фақатгина инфекция манбаини жарроҳлик йўли билан бартараф этиш (source control) билан бирга олиб борилгандагина самара беради. Инфекция манбаи (йирингли бачадон) организмда турар экан, ҳеч қандай дори сепсисни тўхтата олмайди.

Шунингдек, оғир, рефрактер (дориларга жавоб бермаётган) септик шокда баъзан паст дозаларда кортикостероидлар (масалан, Гидрокортизон) қўлланилиши мумкин. Бу буйрак усти безининг сепсис фонидаги нисбий этишмовчилигини ("адренал чарчоқ") бартараф этишга ва вазопрессорларга сезувчанликни оширишга ёрдам беради.

Сепсис ва септик шокни даволашдаги фарқлар қуйидаги жадвалда келтирилган.

Операциягача интенсив терапия – бу акушерлик перитонитини даволашнинг асосий ва ҳал қилувчи босқичидир. Бу босқичсиз бемор операцияни кўтаролмайди. Шунинг учун бўлажак шифокор сифатида сиз бу бобдаги барча тамойилларни пухта билишингиз ва амалиётда қўллай олишингиз керак.

Эсда тутинг: Акушерлик перитонитида биз фақат бир беморни даволамаймиз – биз икки ҳаётни (она ва унинг келажаги) сақлаб қоламиз. Сизнинг тўғри қарорингиз, тезкор ҳаракатингиз ва аниқ билимингиз – бу беморнинг ҳаёти ва унинг оиласининг бахтидир.

4-БОБ

ЖАРРОҲЛИК ДАВОСИ ТАКТИКАСИ

Акушерлик перитонитини даволашнинг пойдевори, унинг муваффақиятини белгилловчи асосий омил – бу жарроҳлик аралашувидир. Олдинги бобда батафсил кўриб чиқилган операциягача интенсив терапия қанчалик мукамал ва агрессив ўтказилмасин, у фақатгина "вақтдан ютиш" ва беморни операцияга тайёрлаш вазифасини бажаради. Инфекциянинг бирламчи манбаи – йирингли ўчоқ (кўпинча бу некрозга учраган бачадон) – организмда, қорин бўшлиғида қолар экан, токсинларнинг қонга сўрилиш жараёни (эндотоксикомия) тўхтамайди ва септик шок ҳамда полиорган етишмовчилиги муқаррар равишда ривожланаверади. Шу сабабли, акушерлик перитонити – бу "терапевтик" эмас, балки мутлақо "жарроҳлик" сепсисидир.

Жарроҳлик давосининг олдига учта асосий, ҳаётий муҳим вазифа қўйилади, уларнинг ҳар бири бир хил даражада муҳимдир:

1) Инфекция манбаини радикал бартараф этиш (Source control): Бу – даволашнинг "альфа"си. Манба бартараф этилмас экан, бошқа барча чоралар бефойда.

2) Қорин бўшлиғини йирингли-фибриноз экссудатдан ва некротик тўқималардан тўлиқ ва самарали тозалаш (санация қилиш): Бу – микроб юкламасини (bacterial load) кескин камайтиришга қаратилган.

3) Қорин бўшлиғини адекват дренажлаш ва ичаклар декомпрессиясини таъминлаш: Бу – қолдиқ инфекциянинг чиқиб кетишини таъминлаш ва қорин ичи босими ошишининг (абдоминал компартмент синдроми) олдини олиш.

Ушбу вазифаларнинг барчаси мультидисциплинар жамоа (реаниматолог, жарроҳ, гинеколог) томонидан юксак маҳорат ва аниқ қарорлар асосида бажарилишини талаб қилади.

4.1. Жарроҳлик аралашувига кўрсатмалар ва оптимал вақт

Жарроҳлик аралашуви учун асосий ва мутлақ кўрсатма – бу клиник, лаборатор ва инструментал (айниқса УТТ, лапароскопия) мезонлар асосида тасдиқланган тарқоқ (диффуз) ёки умумий (тотал) йирингли перитонит ташхисидир. Бундай вазиятда ҳеч қандай иккиланишга ўрин бўлиши мумкин эмас, ҳар бир соат кечикиш ўлим хавфини оширади.

Аммо амалиётда кўпинча шифокор "оғир эндометрит", "пельвиоперитонит" ва "тарқоқ перитонитнинг бошланиши" ўртасидаги ўта нозик чегарада қарор қабул қилишига тўғри келади. Бундай "кулранг ҳудуд"да жарроҳлик аралашуви учун қуйидаги нисбий, лекин ўта муҳим кўрсатмалар вужудга келади:

1. Консерватив терапиянинг самарасизлиги: Оғир эндометрит ёки пельвиоперитонит ташхиси билан 12-24 соат давомида олиб борилаётган адекват, максимал дозалардаги комплекс интенсив терапиянинг (3-боб) **самарасизлиги**. Бу самарасизлик нимада намоён бўлади?

Гемодинамик беқарорлик: Суюқлик қуйилишига (инфузияга) қарамай, доимий тахикардиянинг (пульс > 110-120/дақ) сақланиши.

Инттоксикациянинг камаймаслиги: Лейкоцитар интоксикация индекси (ЛИИ) ёки прокальцитонин даражасининг пасаймаслиги ёки аксинча, ўсиши.

Орган дисфункциясининг бошланиши: Сийдик ажралишининг камайиши (олигурия), ҳушнинг хиралашиши, нафас олишнинг тезлашиши.

Маҳаллий белгиларнинг кучайиши: Ичак парези белгиларининг (қорин дам бўлиши, перистальтиканинг йўқолиши) сақланиши ёки кучайиши.

2. УТТ/КТ маълумотлари: Клиника "ўчирилган" бўлса ҳам, УТТ ёки КТ текширувларида Кесарча кесишдан кейинги **чок соҳасида номувофиклик** (дефект, 1-2 см дан ортиқ инфильтрат, абсцесс, йирингли гематома) белгиларининг аниқланиши. Бу "портлашга тайёр турган мина" бўлиб, унинг қорин бўшлиғига ёрилишини кутиб ўтириш мумкин эмас.

3. Диагностик лапароскопия натижаси: Агар ташхисга шубҳа бўлса ва лапароскопия ўтказилса, кичик чанокдан ташқарида, масалан, ён каналларда ёки ичаклар орасида йирингли-фибриноз экссудат аниқланиши – бу дарҳол диагностик муолажани тўхтатиб, кенг лапаротомияга ўтиш учун мутлақ кўрсатмадир.

Операция вақтини белгилаш – бу жарроҳлик тактикасининг энг мунозарали жиҳатларидан биридир. Бу ерда иккита хавфли "қутб" мавжуд: "ўта эрта" ва "ўта кеч" аралашув. "Ўта кеч" аралашув – бу операциягача тайёргарликни асоссиз чўзиш ("консерватив даволаб кўриш") оқибатидир. Перитонитда ҳар бир йўқотилган соат беморни ортга қайтмас (терминал) босқичга яқинлаштиради. "Ўта эрта" аралашув эса – бу беморни септик шокнинг энг авж нуқтасида, ўта оғир гиповолемия, гипотония (<80 мм.сим.уст.) ва метаболик ацидоз ҳолатида операцияга олишдир, бу эса наркоз индукцияси вақтидаёқ юрак фаолиятининг тўхташига (интраоперацион ўлим) олиб келиши мумкин.

Шу сабабли, замонавий ёндашув "оптимал терапевтик ойна" концепциясига асосланади. Бу – ташхис қўйилган вақтдан бошлаб 2 соатдан 4 соатгача (максимум 6 соат) давом этадиган ўта интенсив тайёргарлик даври. Бу даврда реаниматологнинг вазифаси – беморни "даволаш" эмас, балки унинг ҳаётий кўрсаткичларини операцияни кўтара оладиган минимал хавфсиз даражагача барқарорлаштиришдир (Мақсад: Ўртача АҚБ > 65 мм.сим.уст., Соатлик диурез > 0.5 мл/кг, Лактат даражасининг пасайиши). Оғир септик шок ҳолатларида эса, жарроҳлик аралашуви баъзан "damage control surgery" (зарарни назорат қилиш жарроҳлиги) тамойили бўйича, давом этаётган реанимацион чора-тадбирлар (массив инфузия, вазопрессорлар юбориш) фонида бошланади. Бунда жарроҳликнинг ўзи реанимациянинг бир қисмига айланади.

4.2. Оператив йўл ва қорин бўшлиғи ревизияси

Акушерлик перитонитида жарроҳлик йўлини танлашда ҳеч қандай мураса бўлиши мумкин эмас. Гарчи замонавий лапароскопия диагностикада "олтин стандарт" бўлса-да, у тарқоқ йирингли перитонитни **даволаш** учун мутлақо етарли эмас. Бунинг сабаблари:

1. Техник имконсизлик. Кичик (5-10 мм) асбоблар билан ичаклар орасига, диафрагма остига ёпишган қалин, "аччиқ" фибрин пардаларини ажратиб, улар остидаги йиринг ўчоқларини тўлиқ санация қилишнинг иложи йўқ.

2. Босим хавфи. Қорин бўшлиғига юқори босимда СО₂ газини юбориш (пневмоперитонеум) бактериялар ва токсинларнинг қонга сўрилишини (бактериал транслокация) кучайтириши ва ҳатто уларни диафрагма орқали кўкрак қафасига "сиқиб чиқариши" мумкин.

3. Ичак парези. Яққол ичак парези шароитида кенгайган ичаклар лапароскоп учун "кўриш" майдонини қолдирмайди ва уларни шикастлантириш хавфи кескин ошади.

Шу сабабли, ягона тўғри оператив йўл – бу кенг ўрта лапаротомия (кенг ўрта чизикли қоринни очиш)дир. Кесма киндикдан юқорида (тўшсимон ўсимтагача) ва киндикдан пастда (қов суягигача) амалга оширилиб, киндик чап томондан айланиб ўтилади. Фақатгина шундай кенг йўл жарроҳга қорин бўшлиғининг барча "қаватлари" ва "чўнтаклари"га бемалол кириш имконини беради.

Қорин бўшлиғи очилиши биланок, биринчи навбатда экссудатдан **бактериологик экиш учун намуна олинади** (аэроб ва анаэроб микрофлорага, турли квадрантлардан). Шундан сўнг **қорин бўшлиғи ревизияси** бошланади. Бу – бутун операциянинг муваффақиятини белгиловчи ўта муҳим, тизимли ва изчил жараёндир. Ревизия ҳам эҳтиёткор, ҳам синчков бўлиши керак. Эҳтиёткорлик – чунки яллиғланган, шишган ичакларнинг сероз қавати ўта нозик (мўрт) бўлади; кўпол ҳаракат унинг йиртилишига ва операциядан кейинги ичак оқмаси (свищ) каби фалокатли асоратга олиб келиши мумкин.

Ревизия тартиби:

1. *Инфекция манбаини аниқлаш:* Биринчи навбатда кичик чанок текширилади. Бачадон ҳолати (Кесарча кесиш чоки, некроз, панометрит белгилари), бачадон найлари (пиосальпинкс) ва тухумдонлар (тубоовариал абсцесс) синчиклаб текширилади.
2. *Эксудатни бирламчи эвакуация қилиш:* Асосий йиринг тўплами электр сўргич ёрдамида тезкорлик билан сўриб олинади.
3. *Тизимли ревизия:* Жарроҳ маълум бир йўналишда (масалан, ўнг ён каналдан бошлаб) қорин бўшлиғининг бирор қисмини қолдирмасдан ревизия қилади: жигар ости, ўнг диафрагма ости, ичаклар ораси, чап ён канал, талоқ ости ва чап диафрагма ости бўшлиқлари. Барча ичак қовузлоқлари бир-биридан эҳтиёткорлик билан ажратилади, улар орасидаги фибрин пардалари ва йирингликлар (абсцесслар) бартараф этилади.

4.3. Операция ҳажмини танлаш (инфекция ўчоғини бартараф этиш)

Бу – операциянинг кульминацион нуқтаси ва жарроҳ олдидаги энг масъулиятли қарор. Акушерлик перитонитида инфекция манбаи – бу бачадон. Демак, жарроҳлик ҳажми айнан бачадонга нисбатан белгиланади.

Органни сақловчи операциялар (масалан, бачадондаги чок етишмовчилиги дефектини қайта тикиш, метропластика) тарқоқ йирингли перитонит шароитида ўта хавфли ва деярли ҳеч қачон оқланмайдиган таваккалчиликдир. Бунинг сабаблари фундаменталдир:

1. *Биокимёвий сабаб:* Йирингли яллиғланиш, оғир эндотоксикоз, гипоксия ва метаболик ацидоз шароитида тўқималарнинг регенерация (битиш) қобилияти деярли йўққа чиқади. Тўқималар шишган, мўрт бўлади. Инфекцияланган бачадон деворига қўйилган чоклар "пишлоқни кесган пичокдек" тўқималарни кесиб ўтади ва барибир етишмовчилик беради.

2. *Микробиологик сабаб*: Бачадоннинг ўзи бутунлай инфекция ўчоғига, токсинлар ишлаб чиқарувчи "фабрика"га айланган бўлади (панометрит). Уни сақлаб қолиш – бу сепсис манбаини организмда қолдириш билан баробардир.
3. *Тиббий-этик сабаб*: Асосий тамойил – "Primum non nocere" (Аввало зарар етказма). Беморнинг ҳаёти хавф остида турганда, келгусидаги репродуктив функцияни (ҳомиладор бўлиш имкониятини) ўйлаш иккинчи даражали масалага айланади. Биринчи вазифа – онанинг ҳаётини сақлаб қолиш.

Шу сабабли, тарқоқ акушерлик перитонитида "олтин стандарт" ва ҳаётни сақлаб қолишнинг ягона йўли – бу бачадонни олиб ташлаш (гистерэктомия)дир. Бу аппендицитда аппендиксни олиб ташлаш каби мантиқий ва муқаррар қарордир. Бунда жарроҳ иккита усулдан бирини танлайди: бачадонни субтотал ампутацияси ёки тотал экстирпацияси. Уларнинг қиёсий таҳлили қуйидаги жадвалда келтирилган (жадвал 4.1.).

Бачадон ортиқлари (найлар ва тухумдонлар) тақдири: Бачадон найлари (туба) деярли ҳар доим инфекция ўчоғи (пиосальпинкс) бўлгани учун улар бачадон билан бирга олиб ташланади (сальпингэктомия). Тухумдонлар тақдири эса мураккаброқ. Агар улар жараёнга тортилган (тубоовариал абсцесс) бўлса, улар ҳам олиб ташланади. Агар тухумдонлар визуал соғлом бўлса, ёш аёлда гормонал фонни сақлаб қолиш учун уларни қолдиришга максимал ҳаракат қилинади.

Перитонит шароитида гистерэктомия ҳажмини танлаш (Қиёсий таҳлил)

Хусусият	Бачадонни субтотал ампутацияси (Чўлтоқ гистерэктомия)	Бачадонни тотал экстирпацияси (Тотал гистерэктомия)
Операция моҳияти	Бачадон танаси олиб ташланади, бачадон бўйни қолдирилади.	Бачадон танаси бачадон бўйни билан бирга бутунлай олиб ташланади.
Афзалликлари	1. Тезроқ бажарилади (шокдаги бемор учун муҳим). 2. Хавфсизроқ: Сийдик найлари ва пуфагини шикастлаш хавфи минимал. 3. Қон йўқотиш камроқ.	1. Мутлақ радикализм: Инфекция ўчоғи 100% бартараф этилади. 2. Бачадон бўйни чўлтоғидан инфекция қайталаниши хавфи йўқ.
Камчиликлари	1. Инфекция манбаи қолиши хавфи: Агар бачадон бўйни ҳам яллиғланган (цервицит) бўлса, у инфекция ўчоғи бўлиб қолиши мумкин.	1. Узоқроқ давом этади. 2. Техник мураккаб: Шишган тўқималарда сийдик найларини шикастлаш хавфи юқори. 3. Қон йўқотиш кўпроқ.
Танлов мезони (Қачон қўлланилади?)	Беморнинг аҳволи ўта оғир (септик шок, ДВС-синдром) бўлганда, "damage control" тамойили бўйича, операцияни тез якунлаш учун.	Беморнинг аҳволи нисбатан барқарорроқ бўлганда ВА/ЁКИ бачадон бўйни жараёнга яққол тортилган бўлса (масалан, чок етишмовчилиги бўйингача тарқалган).

4.4. Қорин бўшлиғини санация қилиш ва дренажлаш

Инфекция манбаи бартараф этилгандан сўнг, жарроҳликнинг иккинчи асосий босқичи – **қорин бўшлиғини санация қилиш (тозалаш)** бошланади.

Бу жараённинг сифати қолдиқ абсцесслар ривожланишининг олдини олишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Санация икки босқичда ўтади:

1. *Механик тозалаш*. Бу – санациянинг энг муҳим қисми. Ҳеч қандай эритма механик тозалаш ўрнини боса олмайди. Жарроҳ қўл билан ва нам дока салфеткалар ёрдамида қорин пардаси, ичаклар сирти, диафрагма ости, ён каналлар ва кичик чанокдаги барча фибрин пардаларини, йирингли-некротик массаларни эҳтиёткорлик билан тозалайди.
2. *Ювиш (Ирригация)*. Механик тозалашдан сўнг қорин бўшлиғи катта миқдордаги эритмалар билан ювилади. Классик ёндашувда антисептик эритмалар (Хлоргексидин, Фурацилин, Декасан, Повидон-йод) қўлланилган. Бироқ, замонавий жарроҳлик концепциялари ва далилларга асосланган тиббиёт шуни кўрсатдики, антисептиклар қорин пардасининг наздик ҳимоя қавати – мезотелийга кимёвий "куйдирувчи" таъсир кўрсатади, маҳаллий иммунитетни пасайтиради ва операциядан кейинги чандиқли-яллиғланиш жараёнини (спайка) кучайтиради.

Шу сабабли, ҳозирги "олтин стандарт" – бу қорин бўшлиғини тана ҳароратигача иситилган (37-38°C) катта миқдордаги (10-20 литр ва ундан кўп) стерил физиологик эритма (NaCl 0.9%) билан ювишдир. Иситилган эритма, шунингдек, операция вақтидаги гипотермия (тана ҳароратининг тушиб кетиши) билан курашишга ёрдам беради. Ювиш жараёни қайтариловчи сув мутлақо тиниқ бўлгунча давом эттирилади.

Санациядан сўнг қорин бўшлиғини адекват дренажлаш шарт. Операциядан кейинги даврда яна патологик экссудат ҳосил бўлиши муқаррар. Дренажлар бу суюқликни ташқарига чиқариш учун керак. Улар алоҳида тешиклар (контрапертура) орқали ўрнатилади ва барча "хавфли" нуқталарга: кичик чанокқа (Дуглас бўшлиғи) (мажбурий!), ўнг ва чап ён каналларга ва диафрагма ости бўшлиқларига қўйилиши керак. Замонавий амалиётда пассив

резина дренажлардан кўра, актив (ёпиқ тизимли сўрувчи) дренажлар (масалан, Жексон-Пратт, "гармошка"ли ёки вакуумли тизимлар) афзал кўрилади, чунки улар ташқаридан жароҳатга янги инфекция тушишининг олдини олади.

4.5. Операцияни якунлаш усуллари

Бу – жарроҳликнинг сўнгги ва ўта муҳим қадами. Тарқоқ йирингли перитонитда операцияни шунчаки "тикиб қўйиш" ҳар доим ҳам тўғри ечим эмас. Жараённинг оғирлигига қараб, уч хил усулдан бири танланади:

1) Қорин бўшлиғини бирламчи тикиш. Қорин олд деворини бутунлай ёпиш. Фақатгина энг эрта босқичларда, жарроҳ санация мукамал бажарилганига 100% ишонч ҳосил қилсагина қўллаш мумкин. Кўп ҳолларда бу хавфли, чунки қорин ичи босимининг ошишига (абдоминал компартмент синдроми) олиб келиши мумкин. Агар шу усул танланса ҳам, апоневрозга кам сонли тугунли чоклар, терига эса чок қўймаслик (жароҳатни иккиламчи битишга қолдириш) тавсия этилади.

2) Дастурлаштирилган (программалаштирилган) релапаротомия: Бу "режалаштирилган иккинчи нигоҳ" (planned second-look) операциясидир.

- *Моҳияти:* Қорин олд девори тўлиқ тикилмайди, унга вақтинчалик чоклар (терига ёки апоневрозга) ёки махсус "молния" ўрнатилади. Бемор 24-48 соатдан сўнг режали равишда яна операция хонасига олиниб, қорин бўшлиғи қайта очилади ва санация ("ювиш") такрорланади. Бу жараён қорин бўшлиғи "тоза" бўлгунча бир неча марта такрорланиши мумкин.
- *Афзалликлари:* Қорин бўшлиғидаги йирингли жараённи босқичма-босқич, тўлиқ назорат остида даволаш имконини беради.
- *Камчиликлари:* Бемор учун ўта оғир синов (кўп марталик наркоз, катаболик стресс), шифохона ресурсларини кўп талаб

қилади, ичак оқмалари ва эвентрация (қорин девори йиртилиши) хавфи юқори.

3) Лапаростомия ("Очиқ қорин" – Open Abdomen) усули: Бу – энг агрессив ва айни пайтда ҳаётни сақлаб қолувчи усул.

- *Моҳияти:* Қорин олд девори (апоневроз ва тери) умуман тикилмайди, очик қолдирилади.
- *Қўлланилиши:* Энг оғир ҳолатларда:
 - Ўта оғир йирингли-нажасли перитонит.
 - Яққол анаэроб (газли) инфекция.
 - Абдоминал компартмент синдроми: Қорин ичи босимининг кескин ошиши (ичак парези ва шиши ҳисобига). Бунда қоринни тикиш диафрагмани сиқиб, нафас олиш ва юрак фаолиятини тўхтатиб қўйиши мумкин.
- *Техникаси:* Ичак қовузлоқлари ташқи муҳитдан ҳимояланиши керак. Бунинг учун "Богота сумкаси" (стерил IV пакет), махсус плёнка ёки сетка ишлатилади. Энг замонавий ва самарали усул – бу VAC-терапия (Negative Pressure Wound Therapy - NPWT). Бунда жароҳатга махсус ғовак (губка) қўйилиб, устидан плёнка билан герметик ёпилади ва доимий манфий босим (вакуум) яратилади. VAC-тизими доимий равишда экссудатни сўриб олади, шишни камайтиради, ичакларни ҳимоя қилади ва реанимация бўлимининг ўзида наркозсиз такрорий санациялар (боғламни алмаштириш) ўтказиш имконини беради.

Хулоса қилиб айтганда, акушерлик перитонитида жарроҳлик давоси – бу шунчаки бир марталик операция эмас, балки аниқ кўрсатмалар, оптимал вақт, радикал ёндашув (гистерэктомия), мукамал санация ва тўғри танланган яқунлаш усулини ўз ичига олган мураккаб, кўп босқичли жараёндир.

5-БОБ

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРНИ ОЛИБ БОРИШ

Жарроҳлик амалиётининг муваффақиятли якунланиши – бу акушерлик перитонитига қарши курашнинг тугаганини англатмайди. Аксинча, бу курашнинг янги, янада мураккаб ва масъулиятли босқичининг бошланишидир. Агар жарроҳликни "инфекция ўчоғини бартараф этиш жанги" деб ҳисобласак, унда операциядан кейинги давр – бу ўчоқ келтириб чиқарган вайронагарчиликлар: бутун организмни қамраб олган тизимли яллиғланиш ("септик ёнғин"), эндотоксикоз ва полиорган етишмовчилигига қарши олиб бориладиган узоқ муддатли урушдир. Беморнинг операциядан кейинги тақдири энди жарроҳдан кўра кўпроқ реаниматолог ва интенсив терапия жамоасининг маҳоратига боғлиқ бўлади.

Ушбу босқичнинг асосий мақсади – жароҳатланган ва ҳолдан тойган организмнинг ҳаётий муҳим аъзолари фаолиятини, улар ўз-ўзини тиклаш учун етарли кучга эга бўлгунча, вақтинча "ўрнига ишлаб туриш" ва сунъий қўллаб-қувватлашдан иборат. Бу жараёни "орган протезлаш" деб ҳам аташ мумкин.

5.1. Реанимация бўлимида олиб бориш тамойиллари

Операция хонасидан чиққан бемор дарҳол реанимация ва интенсив терапия бўлимига (РИТБ) ётқизилади. Бу ерда у доимий, 24/7 режимдаги мониторинг остида бўлади. Бу шунчаки ҳамширанинг кузатуви эмас, балки замонавий кардиомониторлар ёрдамида амалга ошириладиган юқори технологик назоратдир. Мониторлар қуйидаги кўрсаткичларни узлуксиз равишда қайд этиб боради:

1) *Гемодинамика*. Артериал қон босими (инвазив – артерия ичига қўйилган катетер орқали – ва ноинвазив усулларда), пульс, Марказий веноз босим (МВБ), баъзи ҳолларда юракдан отиладиган қон ҳажми (Cardiac Output).

2) *Нафас тизими*. Нафас олиш сони, қоннинг кислород билан тўйиниши (SpO_2 – пульсоксиметрия), нафас чиқариш охиридаги CO_2 миқдори

(Капнография), агар бемор ЎСВда бўлса – нафас ҳажми, нафас йўлларидаги босим.

3) *Метаболизм*. Тана ҳарорати (марказий ва периферик), соатлик диурез (буйраклар фаолиятининг энг муҳим кўзгуси), қондаги қанд миқдори (сепсисда гипергликемияга мойиллик юқори бўлади).

Операциядан кейинги дастлабки "олтин соатлар"да асосий вазифа – бу наркоз ва операция стрессидан сўнг беморнинг гемодинамик ва респиратор ҳолатини барқарорлаштиришдир. Бу даврда операциягача бошланган интенсив терапия узлуксиз, янада мақсадли равишда давом эттирилади.

5.2. Давом эттирилган интенсив терапия: Сепсис оқибатларига қарши кураш

Бу – операциядан кейинги даврни олиб боришнинг ўзагини ташкил этади. У бир нечта ўзаро боғлиқ йўналишларни ўз ичига олади.

1. Рационал антибактериал терапия (АБТ) ва инфекцион назорат. Жарроҳ инфекция ўчоғини олиб ташлади, аммо бутун қон оқимидаги ва тўқималардаги бактериялар ва токсинлар ҳали ҳам мавжуд. Операциягача бошланган эмпирик (кенг қамровли) АБТ энди янги босқичга ўтади.

Мақсадли терапияга ўтиш: Операция вақтида қорин бўшлиғидан олинган йиринг ва қондан олинган гемокультуранинг бактериологик экиш натижалари одатда 3-5 кунда тайёр бўлади. Ушбу натижалар – "душманнынг аниқ портрети" ва унинг "заиф нуқталари" (сезувчанлик харитаси) – қўлга киритилгач, шифокор АБТни оптималлаштиради. Эмпирик қўлланилган 3-4 та кенг қамровли антибиотик ўрнига, аниқланган микроорганизмнинг сезувчанлигига қараб, энг самарали ва тор доирадаги 1-2 та антибиотик танланади. Бу беҳуда дорилар юкламасини (айниқса буйрак ва жигарга) камайтиради ва даволаниш самарадорлигини оширади.

Де-эскалация тамойили: Агар дастлаб энг кучли, "захирадаги" антибиотиклар (масалан, Карбапенемлар) қўлланган бўлса ва экиш натижасида уларга нисбатан соддароқ антибиотикка (масалан,

Цефалоспоринга) ҳам сезгир бўлган микроб аниқланса, даволаш соддарок препаратга "пасайтирилади" (де-эскалация қилинади). Бу антибиотикларга нисбатан чидамлилик (резистентлик) ривожланишининг олдини олиш, даволаш нархини камайтириш ва келажақда кучли антибиотикларнинг ўз кучини сақлаб қолиши учун ўта муҳимдир.

Давомийлиги: АБТ курси одатда 7-14 кун давом этади. Уни қачон тўхтатишни белгилаш учун беморнинг клиник аҳволи (ҳароратнинг 48 соатдан ортиқ нормал бўлиши), интоксикация белгиларининг йўқолиши (лейкоцитоз, ЛИИнинг нормаллашуви) ва прокальцитонин даражасининг кескин пасайиши ($\text{ёки} < 0.5 \text{ нг/мл га тушиши}$) каби объектив маркерларга асосланилади.

2. Респиратор (Нафас) қўллаб-қувватлаш. Кенг лапаротомия ва перитонитнинг ўзи нафас тизимига улкан "зарба" беради. Ичак парези ҳисобига қорин ичи босимининг ошиши диафрагма ҳаракатини чеклайди, оғриқ синдроми эса чуқур нафас олишга имкон бермайди. Бундан ташқари, сепсиснинг ўзи ўпка тўқимасини шикастлантириб, ўткир респиратор дистресс-синдром (ОРДС), яъни "шок ўпкаси"га олиб келиши мумкин.

Ўпкани ҳимоя қилувчи вентиляция (Protective lung ventilation): Кўп ҳолларда беморлар операциядан кейин ҳам бир неча кун давомида ўпкани сунъий вентиляцияси (ЎСВ) аппаратида қоладилар. Бунда ЎСВ аппарати "юмшоқ" режимларда ишлатилади: кичик нафас ҳажмлари (бемор вазнига 6 мл/кг) ва ўртача мусбат якуний босим (PEEP – бу альвеолаларни "ёпишиб қолишдан" сақлайди) қўлланилади. Мақсад – ўпкани янада шикастлантирмасдан, кислород алмашинувини таъминлаш.

Аппаратдан ажратиши (Weaning): Беморнинг аҳволи барқарорлашгач (сепсис белгилари камайгач, гемодинамика барқарорлашгач), ҳуши ўзига келгач ва мустақил нафас олиш уринишлари пайдо бўлгач, уни аста-секин ЎСВ аппаратидан ажратиш жараёни бошланади. Бу жараён бир неча соатдан бир неча кунгача чўзилиши мумкин ва бутун бир "санъат" ҳисобланади.

Асоратлар профилактикаси: Узоқ муддатли ЎСВда ётган беморларда вентилятор-ассоциацияланган пневмония (ВАП) ривожланишининг олдини

олиш учун беморнинг бош томонини 30-45° га кўтариш, оғиз бўшлиғини антисептиклар (хлоргексидин) билан мунтазам санация қилиш ва трахеядан балғамни ёпиқ тизимда аспирация қилиш каби чоралар кўрилади.

3. Гемодинамикани ва суюқлик мувозанатини бошқариш. Инфекция манбаи олиб ташлангач, септик шок белгилари (томирларнинг патологик кенгайиши) аста-секин чекина бошлайди.

Вазопрессорлардан воз кечиш: Гемодинамика барқарорлашгани сари (АҚБнинг инфузиясиз ҳам 90/60 мм.сим.уст.дан юқори туриши) вазопрессорлар (Норадреналин, Допамин) дозаси аста-секин камайтирилади ва тўхтатилади.

Инфузион терапия: Операциягача бўлган агрессив "қутқарув" инфузиясидан фарқли ўлароқ, энди инфузия қўллаб-қувватловчи ва эҳтиёткор режимга ўтади. Сабаби, сепсиснинг иккинчи фазасида томирлар ўтказувчанлигининг бузилиши ва оқсил етишмовчилиги ҳисобига ортиқча суюқлик томирларда қолмай, тўқималарга (айниқса ўпка ва миёга) шиш беради. Энди шифокорнинг вазифаси – беморни "шиширмаслик", балки "ноль суюқлик баланси"га (ичгани = чиқаргани) эришишдир. Инфузия ҳажми беморнинг физиологик йўқотишлари (сийдик, терлаш) ва патологик йўқотишлари (дренажлардан келаётган суюқлик, иситма) ҳисобга олинган ҳолда индивидуал белгиланади. Анемияни (Гемоглобин < 70-80 г/л) эритроцитар масса қуйиш, коагулопатияни (ДВС-синдром белгилари) эса янги музлатилган плазма ва тромбоцитар концентрат қуйиш орқали коррекция қилиш давом эттирилади.

4. Веноз тромбоз эмболик асоратлар (ВТЭА) профилактикаси. Перитонит, сепсис (гиперкоагуляция чақиради), кенг ҳажмли операция (томирлар шикастланиши) ва узоқ муддатли ётоқ режими (қон димланиши) – буларнинг барчаси "Вирхов учлиги"ни ташкил этади ва ўпка артерияси тромбоз эмболияси (ЎАТЭ) каби ўлимга олиб келувчи асорат учун ўта юқори хавф туғдиради.

Фармакологик профилактика: Агар беморда қон кетиш хавфи бўлмаса (дренажлардан қон келмаётган бўлса), операциядан 12-24 соат ўтгач, профилактик дозада паст молекуляр оғирликдаги гепаринлар (ПМОГ – Эноксапарин, Фраксипарин) тери остига юбориш бошланади ва бемор оёққа туриб, фаол ҳаракатлангунча давом эттирилади.

Механик профилактика: Оёқларга эластик бинт ўраш ёки махсус компрессион пайпоқлар кийдириш, шунингдек, имкон бўлса, оёқ болдирларига пневматик компрессия (даврий равишда "массаж" қилувчи) аппаратларини қўллаш оёқ веналарида қон димланишининг олдини олади.

5.3. Метаболик-нутритив қўллаб-қувватлаш:

Гиперкатаболизмни енгиш

Бу – замонавий интенсив терапиянинг энг муҳим ва илғор йўналишларидан бири. Сепсисдаги бемор организми гиперметаболизм ва гиперкатаболизм ("ўз-ўзини емириш") ҳолатида бўлади. Организм инфекцияга қарши курашиш, яраларни битириш ва ҳароратни ушлаб туриш учун улкан энергия сарфлайди (кунига 5000-7000 ккал гача). Бу энергияни у биринчи навбатда ўз мушаклари ва оқсилларини парчалаш орқали олади. Агар бу йўқотиш ўрни қопланмаса, беморда оғир оқсил-энергетик етишмовчилик ривожланади, бу эса иммунитетнинг янада тушишига, нафас олиш мушакларининг ҳолсизланишига (ЎСВдан ажратишни қийинлаштиради), жароҳатларнинг битмаслигига ва ўлимга олиб келади.

Шу сабабли, адекват озиқлантиришни (нутритив қўллаб-қувватлашни) операциядан кейинги 24-48 соат ичидаёқ бошлаш шарт. "Ичак ишламаяпти-ку, унга тегмайлик" деган эски тамойил мутлақо хатодир.

Эрта энтерал озиқлантириш. Бу – "олтин стандарт" ва энг афзал усулдир. Беморга бурун орқали ошқозонга ёки ингичка ичакка юпқа зонд қўйилиб, махсус, мувозанатлашган, юқори оқсилли озуқа аралашмалари кичик тезликда (соатига 10-20 мл дан бошлаб, аста-секин ошириб борилади) юбориш бошланади. Нега бу шунчалик муҳим?

"Ичак – сепсис мотори" назарияси: Узоқ муддат оч қолган ичакнинг шиллиқ қавати атрофияга (юпқалашишга) учрайди. Натижада, ичак деворининг ҳимоя-тўсиқ (барьер) функцияси бузилади. Бу эса ичак ичидаги микроблар ва уларнинг токсинларининг қонга ўтишига ("бактериал транслокация") олиб келади ва бу септик ёнғинга "ёғ қуйиш" билан баробардир. Эрта энтерал озиқлантириш ичак шиллиқ қаватини "озиқлантиради", унинг барьер функциясини сақлаб қолади ва бу асоратнинг олдини олади.

Иммунитетни стимуллаш: Ичак – энг катта иммун аъзо. Уни озиқлантириш маҳаллий GALT-тизимини фаоллаштиради.

Парентерал озиқлантириш (Вена орқали). Агар бирор сабабга кўра (масалан, ичак парезининг узоқ сақланиши, ичак оқмаси, шок ҳолати) энтерал озиқлантиришнинг иложи бўлмаса ёки етарли ҳажмда бўлмаса, беморга зарурий оқсиллар (аминокислоталар), ёғлар (ёғ эмульсиялари) ва углеводлар (глюкоза) марказий вена орқали юборилади. Бироқ, бу усул қиммат, инфекцион асоратлар (катетер сепсиси) хавфи юқори ва ичак барьерини ҳимоя қилмайди. Кўпинча, энтерал озиқлантириш тўлиқ ҳажмга етгунча, **аралаш** (қисман энтерал + қисман парентерал) озиқлантириш қўлланилади.

5.4. Ошқозон-ичак тракти фаолиятини тиклаш ва жароҳатни парваришлаш

Перитонитда ривожланган паралитик ичак тутилиши (илеус) операциядан кейин ҳам бир неча кун давомида сақланиши мумкин.

1) *Декомпрессия.* Ошқозон ва ичакларда тўпланиб қолган газ ва суюқликни чиқариб ташлаш учун назогастрал зонд қўйилади ва унинг ичидаги таркиб мунтазам аспирация қилинади. Бу қусишнинг ва ошқозон таркибининг ўпкага аспирация қилинишининг олдини олади.

2) *Стимуляция.* Ичак моторикасини тиклаш учун прокинетиклар (Церукал, Метоклопрамид) қўлланилади. Гипокалиемиyani (калий

етишмовчилигини) коррекция қилиш ҳам ичак фаолиятини тиклаш учун муҳим.

3) *Эрта фаоллаштириш*. Беморнинг аҳволи имкон берган заҳоти, уни ўринда ўтиришга, кейинчалик эса оёққа туришга ундаш (вертикализация) ҳам ичак перистальтикасини стимуллайди.

Жароҳатни парваришлаш. Агар 4-бобда айтилган лапаростомия ("очик қорин") усули қўлланилган бўлса, бу алоҳида парваришни талаб қилади. VАС-тизимлари (вакуумли боғламлар) ҳар 48-72 соатда реанимация бўлимининг ўзида ёки операция хонасида алмаштирилади. Бу жараёнда қорин бўшлиғи яна бир бор санация қилинади. Қорин бўшлиғи тозалангач ва ичак шиши қайтгач, жарроҳлар қорин деворини босқичма-босқич ёпиш (реконструкция қилиш) режасини тузадилар.

5.5. Экстракорпорал детоксикация ва орган ўрнини босувчи терапия

Агар юқорида келтирилган барча чораларга қарамай, беморда оғир септик шок, чуқур эндотоксикоз ва полиорган етишмовчилиги (айниқса, ўтқир буйрак етишмовчилиги) белгилари сақланиб қолса, организмни токсинлардан "ташқаридан" тозалаш усуллари – экстракорпорал детоксикация қўлланилади.

- ***Буйрак ўрнини босувчи терапия (Renal Replacement Therapy – RRT)***. Буйраклар сепсисда биринчилардан бўлиб "зарба"га учрайди. Агар беморда анурия (сийдик ажралмаслиги) ривожланса, қонда мочевина, креатинин ва калий миқдори кескин ошса, унда гемодиализ ёки замонавийроқ усуллар қўлланилади. Уларнинг фарқи қуйидаги жадвалда келтирилган (жадвал 5.1.).

Ўткир буйрак етишмовчилигида RRT усуллари таққослаш

Хусусият	Интермиттирловчи Гемодиализ (ИГД) (Анъанавий "сунъий буйрак")	Доимий вено-веноз Гемо(диа)филтрация (ДВВГ(Д)Ф) (Замонавий "Секин" тозалаш)
Давомийлиги	Тез ва қисқа: Кунига 3-4 соат ичида бутун қонни тезлик билан "айлантириб" тозалайди.	Секин ва доимий: 24 соат (ёки ундан кўп) давомида тўхтамасдан, жуда секин тезликда қонни "ювиб" туради.
Гемодинамикага таъсири	Юқори: Қондан суюқликни тез олгани учун қон босимини кескин тушириб юбориши мумкин.	Минимал: Жараён жуда секин боргани учун қон босимига деярли таъсир қилмайди, "юмшоқ" ишлайди.
Қондан нималарни чиқаради?	Асосан кичик ўлчамли токсинларни самарали чиқаради (масалан, мочевино, креатинин).	Нафақат кичик шлакларни, балки ўрта ўлчамли молекулаларни, жумладан, яллиғланиш медиаторларини ҳам чиқаради.
Қачон қўллаш мақсадга мувофиқ?	Буйрак етишмовчилиги бор, лекин қон босими барқарор бўлган беморларда.	Септик шокдаги, қон босими ностабил, вазопрессорлар (допамин, норадреналин) олаётган ўта оғир беморлар учун "олтин стандарт".
Асосий мақсади	Буйрак ишини бажариш.	Буйрак ишини бажариш + Септик "бўрон"ни камайтириш.

- ***Плазмаферез ва гемосорбция.*** Бу усуллар қондан ёки плазмадан токсинлар, яллиғланиш медиаторлари ва иммун комплексларни махсус фильтрлар ёки сорбентлар ёрдамида "ювиб олиш"га қаратилган. Улар сепсисни даволашда ёрдамчи усул сифатида қўлланилади.

Хулоса қилиб айтганда, акушерлик перитонитидан кейинги даврни олиб бориш – бу ҳар бир аъзо ва тизим фаолиятини тиклашга қаратилган, узлуксиз, тинимсиз ва илм-фаннинг энг сўнгги ютуқларига асосланган титаник меҳнатдир. Бунда ҳар бир кичик деталь, ҳар бир соатлик мониторинг беморнинг ҳаётини сақлаб қолишда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлиши мумкин.

6-БОБ

АСОРАТЛАР, ПРОФИЛАКТИКА ВА ПРОГНОЗ

Акушерлик перитонити – бу шунчаки қорин бўшлиғининг яллиғланиши билан чекланиб қолмайдиган, балки бутун организмга тизимли зарба берадиган ва кўпинча ортга қайтмас ўзгаришларга олиб келадиган оғир патологик жараёндир. Бу ҳолатни жарроҳлик ва реаниматологиянинг "энг юқори парвози" деб аташ мумкин, чунки у шифокорлардан бор билим ва маҳоратни талаб қилади. Ҳатто беморнинг ҳаёти сақлаб қолинган тақдирда ҳам, бу "жанг" ўзидан жиддий асоратлар "чандиғи"ни қолдириши мумкин. Шу сабабли, бўлажак шифокор нафақат даволаш, балки асоратларни эрта аниқлаш ва энг асосийси – уларнинг олдини олиш (профилактика) усулларини ҳам пухта билиши шарт. Профилактика ҳар доим энг самарали ва энг инсонпарвар "даволаш" усули бўлиб қолади.

6.1. Асоратлари

Перитонитнинг асоратларини уларнинг ривожланиш вақтига қараб иккита катта гуруҳга ажратиш мумкин: **эрта асоратлар**, яъни операциядан кейинги яқин даврда (кунлар, ҳафталар ичида) ривожланадиган ва бевосита ҳаёт учун хавф туғдирадиган ҳолатлар; ва **кечки асоратлар**, яъни ойлар ёки йиллар ўтиб намоён бўладиган, беморнинг ҳаёт сифатини бузувчи ва ногиронликка олиб келувчи ҳолатлар.

Эрта асоратлар – бу, аслида, 5-бобда кўриб чиқилган интенсив терапиянинг муваффақиятсизлиги ёки жарроҳлик амалиётининг етарлича адекват ўтказилмаганининг натижасидир.

1) *Давом этувчи перитонит (Қолдиқ перитонит)*. Бу – жарроҳлик амалиётининг асосий мақсадига эришилмаганидан далолат беради. Унинг сабаблари: инфекция манбаининг тўлиқ бартараф этилмагани (масалан, бачадон бўйни чўлтоғининг қолдирилиши, чунки у ҳам панометритга учраган бўлган), қорин бўшлиғи санациясининг етарли даражада сифатли ўтказилмагани (масалан, фибрин пардалари остидаги йиринг ўчоқларининг

қолдирилиши) ёки дренажларнинг нотўғри қўйилганлиги ва ишламаслиги. Баъзан бунга антибиотикларга чидамли (резистент) штаммлар ёки микроблар томонидан ишлаб чиқарилган биоплёнкалар ҳам сабаб бўлиши мумкин. Клиник жиҳатдан бу ҳолат операциядан 2-3 кун ўтиб ҳам интоксикация белгиларининг (иситма, тахикардия, юқори ЛИИ) сақланиши, ичак парезининг тикланмаслиги билан намоён бўлади. Бу ҳолат зудлик билан такрорий операция (релапаротомия) ўтказишни талаб қилади, бу эса бемор учун прогностни кескин ёмонлаштиради.

2) *Қорин бўшлиғи абсцесслари (қолдиқ абсцесслар)*. Бу ҳам сифатсиз санация оқибати. Қорин бўшлиғининг анатомик "чўнтаклари" ва чуқур жойларида (масалан, диафрагма ости, жигар ости, ичаклар орасида – интеринтестинал, кичик чанокда – Дуглас бўшлиғида) йиринг тўпланиб, организм томонидан фибрин пардаси билан чегараланади ва абсцесс ҳосил қилади. Унинг клиникаси маккордир: операциядан 5-10 кун ўтиб беморнинг аҳволи яхшилангандан сўнг, тўсатдан яна ҳарорат кўтарилади (одатда кечкурун, гектик турдаги – "иситма шамчироқлари"), қонда лейкоцитоз ва ЭЧТ ошиши пайдо бўлади. Ташхис УТТ ёки КТ орқали аниқланади. Даволаш: абсцессни замонавий интервенцион радиология усуллари ёрдамида тери орқали пункция қилиш ва дренажлаш (УТТ назорати остида) ёки, агар бунинг иложи бўлмаса, такрорий операция ўтказиш.

3) *Полиорган етишмовчилиги (ПОН)*. Бу 5-бобда кўриб чиқилганидек, сепсиснинг энг оғир оқибати. Бир нечта аъзолар (буйрак – ўткир буйрак етишмовчилиги; ўпка – ўткир респиратор дистресс-синдром, ОРДС; жигар – токсик гепатит; қон ивиш тизими – ДВС-синдром) бир вақтда ишдан чиқади. Бу беморнинг РИТБда узок қолишини ва орган ўрнини босувчи (гемодиализ, ЎСВ) терапияни талаб қилади.

4) *Ичак оқмалари*. Йирингли жараённинг (айниқса анаэроб микробларнинг ферментлари) ичак деворини эритиши (аррозияси) ёки операция вақтида нозик ичак сероз қаватининг шикастланиши (жарроҳлик хатоси) натижасида ривожланади. Оғир оқсил етишмовчилиги ҳам бунга

замин яратади. Ичак ичидаги таркиб қорин бўшлиғига (бу яна перитонитга олиб келади) ёки дренажлар орқали ташқарига чиқа бошлайди. Бу ўта оғир асорат бўлиб, оғир сув-электролит бузилишларига, оқсил йўқотишга ва беморнинг ҳолдан тойишига (кахексия) олиб келади. Уларни даволаш жуда мураккаб ва узоқ вақт талаб этади.

5) *Операцион жароҳат асоратлари.* Жароҳатнинг йиринглаши, оғир гипопротеинемия (оқсил етишмовчилиги сабабли коллаген синтезининг бузилиши) ва қорин ичи босимининг юқорилиги (ичак парези) ҳисобига чокларнинг очилиб кетиши – **эвентрация** (ичакларнинг қорин бўшлиғидан ташқарига чиқиши). Бу ҳолат ҳам шошилишч такрорий операцияни талаб қилади.

Кечки асоратлар – бу беморнинг ҳаёти сақлаб қолингандан кейин унинг келажакдаги бутун ҳаётига таъсир қилувчи, унинг ҳаёт сифатини бузувчи ва ногиронликка олиб келувчи ҳолатлардир.

1) *Битишма касаллиги.* Бу – перитонитнинг энг кенг тарқалган ва деярли муқаррар оқибати. Қорин пардасининг яллиғланиши (айниқса фибриноз-йирингли) натижасида ичак қовузлоқлари, қорин девори ва чанок аъзолари ўртасида кўплаб чандиқлар (спайкалар) ҳосил бўлади. Яллиғланиш вақтида ажралган фибрин одатда фибринолизин ферменти ёрдамида эриб кетиши керак, ammo перитонитда бу жараён издан чиқади ва фибрин ўрнига коллаген толалари синтезланиб, мустаҳкам чандиққа айланади.

○ *Оқибатлари:*

1. Ўткир ичак тутилиши: Чандиқлар ичак йўлини сиқиб қўйиши ёки бураб қўйиши мумкин (бу такрорий шошилишч операцияларни талаб қилади). Ҳар бир кейинги операция янада кўпроқ чандиқ ҳосил бўлишига олиб келади – "абадий айлана" ҳосил бўлади.
2. Сурункали абдоминал/чанок оғриқлари: Доимий, симилловчи оғриқлар беморнинг ҳаёт сифатини бузади,

унинг иш қобилиятини пасайтиради ва руҳий тушкунликка олиб келади.

2) *Бепуштлик*. Бу фожиали оқибат иккита асосий сабаб билан боғлиқ. Биринчи ва энг асосийси – бу, албатта, она ҳаётини сақлаб қолиш учун бажарилган бачадоннинг олиб ташланиши (Гистерэктомия). Бу мутлақ, ортга қайтмас бепуштликка олиб келади ва ёш аёл учун оғир психологик зарба бўлади. Иккинчидан, агар жарроҳлик вақтида бачадон сақлаб қолинган бўлса ҳам (бу жуда кам ҳолларда, фақат пельвиоперитонитда юз бериши мумкин), перитонитдан кейинги кучли яллиғланиш ва чандиқли жараён ҳар иккала бачадон найини ҳам "ёпиштириб", уларнинг ўтказувчанлигини бузади (гидросальпинкс) ва тухум ҳужайраининг ўтишига имкон қолдирмайди. Бундай бепуштлик фақат ЭКУ (экстракорпорал уруғлантириш) ёрдамида даволаниши мумкин.

3) *Операциядан кейинги вентрал чурралар*. Кенг ўрта лапаротомия, жароҳатнинг йиринглаши, такрорий релапаротомиялар, лапаростомиядан кейинги ҳолатлар – буларнинг барчаси қорин олд деворининг мушак-апоневротик қаватининг заифлашишига ва вақт ўтиши билан улкан чурраларнинг ривожланишига олиб келади. Бу чурралар нафақат косметик нуқсон, балки ичакларнинг қисилиб қолиш хавфини туғдиради ва беморнинг ҳаёт сифатини бузади. Уларни даволаш кейинчалик режали жарроҳлик амалиётини (герниопластика, кўпинча мураккаб тўр имплантларини қўллаш билан) талаб қилади.

6.2. Профилактикаси

Юқорида санаб ўтилган оғир асоратлардан ва ўлим ҳолатларидан келиб чиқиб, шундай хулоса қилиш мумкин: **акушерлик перитонитини даволашдан кўра, унинг олдини олиш минг марта осонроқ, самаралироқ ва арзонроқдир**. Профилактика икки йўналишда олиб борилиши керак: бирламчи (касалликнинг ўзини олдини олиш) ва иккиламчи (бошланган касалликнинг оғирлашувини, яъни перитонитга ўтишини олдини олиш).

Бирламчи профилактика – бу бутун акушерлик хизматининг асосий вазифаси бўлиб, перитонитга олиб келувчи сабабларни бартараф этишга қаратилган. Бу ҳомиладорликни режалаштиришдан бошланадиган жараёндир. Бўлажак оналарга ўз соғлиғига масъулият билан ёндашишни ўргатиш, ҳомиладорларни эрта ҳисобга олиш, хавф гуруҳларини (анемия, қандли диабет, семизлик, сурункали инфекция ўчоқлари – пиелонефрит, тонзиллит, кариес) аниқлаш ва уларни туғруққача соғломлаштириш катта аҳамиятга эга. Жинсий йўллар инфекцияларини (кольпит, цервицит) ўз вақтида даволаш юқориловчи инфекция хавфини камайтиради.

Туғруқ жараёнини оқилона олиб бориш – асептика ва антисептика қоидаларига қатъий риоя қилиш, қин орқали текширувлар сонини асоссиз кўпайтирмаслик, узоқ сувсизлик даврига (12 соатдан ортиқ) йўл қўймаслик ва бундай ҳолатда антибиотикопрофилактикани бошлаш керак.

Лекин бирламчи профилактиканинг энг муҳим ва "олтин стандарти" – бу Кесарча кесиш операциясига кўрсатмаларни қисқартиришдир. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан тавсия этилган Кесарча кесишларнинг оптимал частотаси 15-19% атрофида. Бу рақамнинг асоссиз ошиши (айниқса "беморнинг хоҳишига кўра" бажарилиши) перитонит хавфини пропорционал равишда оширади. Агар Кесарча кесиш операцияси бажарилса, унинг хавфсизлигини таъминлаш шарт. Бунга операциядан 30-60 дақиқа олдин (тери кесилишидан олдин) беморга бир марталик юқори дозада антибиотик юбориш – периоперацион антибиотикопрофилактика – орқали эришилади. Бу оддий, арзон ва ўта самарали усул операциядан кейинги йирингли асоратлар, жумладан эндометрит ва перитонит хавфини бир неча баробар камайтириши илмий исботланган. Шунингдек, операция техникаси (атравматик усуллар, чок материаллини тўғри танлаш, бачадонни икки қаватли тикиш) ҳам катта аҳамиятга эга.

Иккиламчи профилактика – бу перитонитнинг "бошланғич нуқтаси" бўлган эндометритни ўз вақтида аниқлаш ва унинг перитонитга ўтишига йўл қўймасликка қаратилган. Бунинг учун чилла давридаги аёлнинг аҳволини

(харорат, пульс, бачадон инволюцияси, лохиялар характери) синчковлик билан кузатиш лозим. Хароратнинг кўтарилиши, бачадон инволюциясининг секинлашиши, йирингли, бадбўй хидли лохиялар пайдо бўлиши – булар дарҳол УТТ текширувини ўтказиш ва эндометрит ташхисини қўйиш учун асосдир.

Эндометрит ташхиси қўйилган заҳоти, кутиб ўтирмасдан, кенг камровли, юқори дозадаги икки ёки уч компонентли (анаэробларни ҳам камровчи) антибактериал терапияни вена ичига юбориш бошланади.

Иккиламчи профилактиканинг энг муҳим жиҳати: агар 48-72 соат ичида бошланган даволашдан яққол ижобий самара (хароратнинг тушиши, аҳволнинг яхшиланиши) кузатилмаса, "бу шунчаки оғир эндометрит, кучлироқ антибиотик қўшамиз" деб ўйлаб ўтириш ХАТО! Бунда дарҳол перитонитдан шубҳаланиш, 2-бобда келтирилган чуқурлаштирилган диагностикани (УТТ, ЛИИ, прокальцитонин) ўтказиш ва зарурат бўлса, диагностик лапароскопияга бориш шарт. Бу – "ўчирилган" перитонитни ўтказиб юбормасликнинг ягона йўлидир.

Акушерлик перитонити профилактикасининг асосий тамойиллари

Профилактика тури	Босқич	Асосий тадбирлар	Мақсад
Бирламчи	Аntenатал (Туғруқча)	1. Хавф гуруҳларини аниқлаш ва соғломлаштириш. 2. Инфекция ўчоқларини (кольпит, пиелонефрит) даволаш.	Перитонит ривожланиши учун замин қолдирмаслик.
Бирламчи	Инtranатал (Туғруқ вақтида)	1. Асептика ва антисептикага риоя қилиш. 2. Туғруқни оқилана олиб бориш (сувсизлик даврини назорат қилиш). 3. Кесарча кесишга кўрсатмаларни кескин қисқартириш.	Инфекция кириши ва жароҳатланишнинг олдини олиш.
Бирламчи	Операция вақтида	1. Периоперацион антибиотикопрофилактика (операциядан 30 дақиқа олдин). 2. Операция техникасига риоя қилиш (атравматизм).	Операцион асоратларнинг олдини олиш.
Иккиламчи	Постнатал (Чилла даври)	1. Чилла даврини синчков кузатиш. 2. Эндометритни эрта аниқлаш. 3. Эндометритни дарҳол, агрессив ва комплекс даволаш.	Инфекциянинг бачадондан ташқарига (қорин бўшлиғига) тарқалишига йўл қўймаслик.
Иккиламчи	Ноаниқ ҳолат	1. АБТга 48-72 соат ичида жавоб бўлмаса, дарҳол перитонитдан шубҳаланиш. 2. Чуқурлаштирилган диагностика (УТТ, Лапароскопия).	"Ўчирилган" перитонитни ўтказиб юбормаслик.

6.3. Прогноз ва оналар ўлимига таъсир этувчи омиллар

Замонавий тиббиёт ютуқларига (кучли антибиотиклар, илғор реанимация, хавфсиз жарроҳлик) қарамай, акушерлик перитонитидаги ўлим кўрсаткичи (леталлик) ҳанузгача юқорилигича қолмоқда. Турли манбаларга кўра, бу кўрсаткич 5% дан 30% гача, айниқса септик шок ва полиорган етишмовчилиги ривожланган ҳолатларда 50-70% гача етади. Бу – ўта юқори ва фожиали рақамлардир. Бу рақамлар ҳар бир шифокорни ҳушёрликка чақириши керак.

Беморнинг тақдири (прогнози) бир нечта асосий омилларга боғлиқ:

– **Ташхис қўйиш вақти (Энг асосий омил).** Бу – прогнозни белгиловчи ҳал қилувчи омил. Сепсисда "олтин соат" тушунчаси мавжуд. Касаллик қанчалик эрта аниқланса (реактив ёки эрта токсик босқичда), прогноз шунчалик яхши. Касаллик бошланганидан 24 соат ўтиб ташхис қўйиш ўлим хавфини 10-15% га, 48-72 соат ўтиб ташхис қўйиш эса 50% дан ҳам ошириб юборади.

– **Жарроҳлик аралашувининг радикализи.** Агар жарроҳ иккиланиб, органи сақловчи операцияга уринган бўлса ва бу самарасиз бўлиб, такрорий операция талаб этилса, прогноз кескин ёмонлашади. Инфекция манбаини (бачадонни) биринчи операциядаёқ радикал олиб ташлаш – яхши прогноз гаровидир.

– **Беморнинг дастлабки ҳолати.** Беморда оғир ёндош касалликлар (қандли диабет, семизлик, ОИТС), оғир анемия, преэклампсиянинг мавжудлиги организмнинг курашувчанлигини, унинг захира кучларини пасайтиради ва прогнозни ёмонлаштиради.

– **Инфекция кўзгатувчисининг тури.** Агар перитонит анаэроб (айниқса Клостридиал, улар тўқималарни эритувчи кучли ферментлар ишлаб чиқаради) ёки грам-манфий (Ичак таёқчаси, Клебсиелла, уларнинг эндотоксини (ЛПС) кучли септик шок чақиради) флора томонидан чақирилган бўлса, жараён ўта агрессив кечади ва прогноз ёмонроқ бўлади. Шунингдек, антибиотикларга

резистент (чидамли) штаммлар (MRSA, VRE) ҳам даволашни ўта мураккаблаштиради.

– *Даволаш муассасасининг имкониятлари.* Беморнинг юқори малакали мутахассислар (24/7 ишлайдиган тажрибали жарроҳ, реаниматолог) ва замонавий жиҳозлар (УТТ, КТ, 24/7 ишлайдиган лаборатория, қон банки, ЎСВ аппаратлари, гемодиализ) мавжуд бўлган III-даражали, кўп тармоқли шифохонада даволаниши прогнозни сезиларли даражада яхшилайдди.

Ҳаёт сақлаб қолинган тақдирда ҳам, беморлар кўпинча "Пост-сепсис синдроми" (PSS) деб аталувчи ҳолатдан азият чекишади. Бу узоқ муддатли жисмоний (сурункали чарчоқ, мушаклар заифлиги), когнитив (хотира пасайиши, диққатни жамлай олмаслик) ва руҳий (депрессия, хавотир, посттравматик стресс бузилиши) муаммоларни ўз ичига олади.

Акушерлик перитонити – шифокор учун синов, бемор учун эса ҳаёт-мамот масаласи. Бу ҳолатда энг самарали стратегия – профилактика, ҳушёрлик ва тезкор ташхисдир. Ҳар бир шифокор “ўчирилган перитонит”ни ўтказиб юбормаслик тамойилига амал қилса, оналар ўлими кўрсаткичини сезиларли даражада камайтириш мумкин.

КЛИНИК ҲОЛАТЛАР ТАҲЛИЛИ (CASE STUDY)

Ушбу бобда амалиётда учрайдиган реал клиник вазиятлар кўриб чиқилади. Бу талабаларда клиник фикрлашни шакллантириш, стандарт ва ностандарт вазиятларда тўғри қарор қабул қилиш кўникмасини оширишга хизмат қилади.

1-КЛИНИК ҲОЛАТ: Кесарча кесишдан кейинги "ўчирилган" манзарали перитонит

Бемор: Н., 26 ёш. Анамнез: 4 кун олдин шошилиш тартибда (ҳомиланинг ўткир гипоксияси сабабли) кесарча кесиш операцияси ўтказилган. Операциядан кейинги давр "қониқарли" деб баҳоланган. Шикояти: 4-кунга келиб беморда ҳолсизлик, қорин дам бўлиши ва бироз кўнгил айланиши пайдо бўлган. Тана ҳарорати кечкурун $37,8^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилган. Обьектив кўрик:

- Умумий аҳволи: Ўрта оғирликда. Ҳуши жойида.
- Гемодинамика: АҚБ 110/70 мм.сим.уст., Пулс – 108 та/дақ (Тана ҳароратига номутаносиб тахикардия!).
- Қорин ҳолати: Юмшоқ, лекин дам бўлган. Пальпацияда операция жароҳати атрофида бироз оғриқ бор. Щеткин-Блюмберг симптоми манфий ёки шубҳали. Ичак шовқинлари сусайган.
- Лохия: Хира-қонли, бироз нохуш ҳидли.

Текширув натижалари:

- Қон таҳлили: Лейкоцитлар – $14,5 \times 10^9/\text{л}$, ЛИИ (Лейкоцитар интоксикация индекси) – 2,5.
- УТТ (Ультратовуш текшируви): Бачадон бўшлиғи кенгайган, деворлари шишган. Қорин бўшлиғининг ён каналларида ва бачадон ортида эркин суюқлик аниқланди. Бачадон чоклари соҳасида "нотекислик" (дефект) шубҳа қилинмоқда.

Ташхис: Кесарча кесишдан кейинги ҳолат (4-сутка). Ўткир йирингли эндомиометрит. Бачадон чоклари етишмовчилиги. Акушерлик перитонити (реактив босқич).

Даволаш тактикаси: Бемор зудлик билан операцияга олинди. Релапаротомия қилинганда: қорин бўшлиғида 300 мл хира сероз-йирингли суюқлик борлиги, бачадон чокларининг бир қисми очилиб кетгани ва йирингли караш билан қоплангани аниқланди. Амалга оширилган ҳажм: Бачадон экстирпацияси (найлари билан), қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш.

ХУЛОСА ВА ТАҲЛИЛ (Ўқувчи учун дарс): Ушбу ҳолат акушерлик перитонитининг энг "айёр" кўринишидир.

1. **Асосий хато:** Дастлабки кунлардаги тахикардия (108 та/дақ) эътиборсиз қолдирилган. Акушерликда тахикардия – перитонитнинг энг биринчи ва баъзан ягона белгиси бўлиши мумкин.
2. **Ўзига хослик:** Қорин олд девори мушаклари ҳомиладорликдан сўнг чўзилганлиги сабабли классик "дефанс" (мушак таранглиги) симптоми кузатилмаган.
3. **Тактика:** Чоклар етишмовчилиги аниқланганда органни сақлаб қолишга уриниш хавфли. Инфекция манбаи (бачадон) олиб ташланиши шарт.

2-КЛИНИК ҲОЛАТ: Оғир сепсис ва полиорган етишмовчилиги (Кеч ташхис)

Бемор: С., 34 ёш. Анамнез: Туғруқ уйидан жавоб берилганидан 5 кун ўтиб (туғруқдан кейинги 9-кун) оғир аҳволда стационарга олиб келинган. Уйда мустақил равишда иситма туширувчи дорилар ичиб юрган. Объектив ҳолат:

- Умумий аҳволи: Жуда оғир. Тери қопламлари оқарган, мармар тусда.
- Нафас олиши: Тезлашган, 28-30 та/дақ. Сатурация (SpO₂) – 88-90%.

- Гемодинамика: АҚБ 80/50 мм.сим.уст. (Гипотензия), Пулс – 130 та/дақ.
- Қорин: Катталашган, кескин дам бўлган, палпацияда ҳамма соҳада оғриқли. Перитонеал симптомлар мусбат.
- Диурез: Охирги 12 соатда сийдик ажратмаган (Анурия).

Таҳлиллар:

- Лейкоцитлар – $22 \times 10^9/\text{л}$ (ёки лейкопения $3 \times 10^9/\text{л}$ бўлиши ҳам мумкин).
- Мочевина ва креатинин 3 баробар ошган.
- Мангейм Перитонит Индекси (MPI): 32 балл (Оғир даража).

Ташхис: Туғруқдан кейинги давр (9-кун). Тарқалган йирингли перитонит. Абдоминал сепсис. Септик шок. Полиорган етишмовчилиги (Ўткир буйрак ва нафас етишмовчилиги).

Даволаш:

1. **Операциядан олдинги тайёргарлик (2 соат давомида):**
Марказий венага катетер қўйиш, массив инфузион терапия (кристаллоидлар), вазопрессорлар (норадреналин) ёрдамида гемодинамикани барқарорлаштириш.
2. **Операция:** Ўрта чизикли лапаротомия. Қорин бўшлиғида 1,5 литр сассиқ ҳидли йиринг ва фибрин аниқланди. Бачадон хамирсимон, ириган.
 - **Ҳажм:** Бачадон экстирпацияси + Назоинтестинал интубация (ичакни зондлаш) + Қорин бўшлиғини кўп марталик ювиш (санация) + Дастурий санация (лапаростомия ёки дренажлаш) учун тайёрлаш.
3. **Интенсив терапия:** Сунъий нафас олдириш, кенг спектрли антибиотиклар (Карбапенем + Ванкомицин), экстракорпорал детоксикация.

ХУЛОСА ВА ТАҲЛИЛ: Бу ҳолатда бемор "Терминал босқич"да келди.

- **Муаммо:** Кеч мурожаат қилиш ва уй шароитида даволаниш оқибатида жараён септик шоккача етиб борди.
- **Дарс:** Полиорган етишмовчилиги (ПОН) мавжуд бўлганда, операциядан олдин қисқа муддатли (2 соатгача) реанимацион тайёргарлик шарт. Дарҳол операция қилиш "столда ўлим"га олиб келиши мумкин. Операция ҳажми максимал радикал бўлиши керак.

3-КЛИНИК ҲОЛАТ: Жарроҳлик тактикасини танлаш муаммоси (Пельвиоперитонит)

Бемор: М., 22 ёш. Анамнез: Биринчи туғруқдан сўнг 5-куни эндометрит ташхиси қўйилган. Консерватив даво (антибиотиклар, бачадонни ювиш) 3 кун давомида ўтказилган, аммо самара бўлмаган. Шикояти: Қорин пастида доимий оғриқ, иситма (38-39°C), титраш. Объектив: Тил қуруқ. Қорин юмшоқ, фақат гипогастрал (қорин пасти) соҳада оғриқ ва мушак ҳимояси сезилади. Қориннинг юқори қисми тинч. УТТ: Кичик чаноқ бўшлиғида чегараланган суюқлик тўплами аниқланди.

Ташхис: Туғруқдан кейинги метроэндометрит. Чегараланган акушерлик перитонити (Пельвиоперитонит). Консерватив даво самарасизлиги.

Даволаш бўйича мулоҳаза: Бу вазиятда икки йўл бор:

1. Давони кучайтириш (кучлироқ антибиотик).
2. Жарроҳлик йўли.

Акушерлик перитонитида консерватив даво 24 соат ичида наф бермаса, кутиш тактикаси хато ҳисобланади. Инфекция бачадондан ташқарига чиқдими, демак ўчоқни бартараф этиш керак. Қарор: Операция. Бачадон найлари билан экстирпация қилиниб, кичик чаноқ бўшлиғи дренажланди. Натижа: Бемор 10-куни соғайиб уйига жавоб берилди.

ХУЛОСА ВА ТАҲЛИЛ: Ёш аёлларда органи (бачадонни) сақлаб қолиш истаги кучли бўлади. Аммо акушерлик перитонити (хатто чегараланган

бўлса ҳам) ташхиси қўйилдими, бачадон энди "репродуктив орган" эмас, балки "йирингли халта" вазифасини ўтамоқда.

- **Олтин қоида:** Акушерлик перитонитида "консерватив даво" тушунчаси йўқ. Ташхис аниқландими – ягона йўл жарроҳлик ва инфекция ўчоғини (бачадонни) олиб ташлашдир. Кечикиш ёш аёлнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин.

4-КЛИНИК ҲОЛАТ: Анаэроб ("Газли") инфекция – Clostridium perfringens

Бемор: А., 29 ёш. Анамнез: Ҳомила ичи ўлими сабабли туғруқ кўзғатилган. Туғруқ оғир кечган. Туғруқдан кейинги 2-куни беморнинг аҳволи кескин ёмонлашган. Шикоят: Қорин пастида "ёрилиб кетадигандек" кучли оғриқ, нафас етишмовчилиги, ранги сарғайиши. Объектив манзара (Хавф белгилари!):

- **Тери ҳолати:** Беморнинг териси "бронза" (жигарранг-сарик) тусига кирган.
- **Гемодинамика:** АҚБ 70/40 мм.сим.уст. (Коллапс), Пулс 140 та/дақ.
- **Қорин:** Кескин дам бўлган, пайпаслаганда тери остида ва бачадон устида "қор ғичирлаши" (крепитация) сезилмоқда.
- **Сийдик:** Тўқ жигарранг ёки "гўшт ювиндиси" рангида (Гемолиз белгиси).
- **Лаборатория:** Гемоглобин кескин тушиб кетган (60 г/л), билирубин ошган, қонда гемолиз (эритроцитлар парчаланиши) кузатилмоқда.

Ташхис: Туғруқдан кейинги давр. Бачадоннинг газли гангренаси (Clostridium perfringens). Анаэроб сепсис. Ўткир буйрак-жигар етишмовчилиги (Гемолитик-уремик синдром).

Даволаш тактикаси: Бу вазиятда ҳар бир дақиқа ғанимат. "Консилиум" қилиб вақт йўқотиш ўлимига тенг.

1. **Шошилич операция:** Бачадон экстирпацияси. Операция вақтида тўқималардан газ пуфакчалари чиқиши ва қорайган, чириган мушаклар ("қайланалган гўшт" кўриниши) аниқланади.
2. **Специфик терапия:** Йирингга қарши зардоблар (антигангреноз зардоб – ҳозирги кунда баҳсли бўлса-да, тарихий аҳамиятга эга) ва **Гипербарик оксигенация** (барокамера – агар бемор транспортировкани кўтарса).
3. **Гемодиализ:** Буйраклар гемолиз маҳсулотлари билан "тўқилиб" қолгани учун зудлик билан сунъий буйрак аппаратига улаш.

ХУЛОСА ВА ТАҲЛИЛ: Талаба эслаб қолиши шарт:

- Агар туғруқдан кейинги аёлда **тери сарғайиши + сийдик қорайиши + оғир гипотония** кузатилса, бу оддий перитонит эмас, балки анаэроб (клостридиал) сепсисдир.
- Бу ҳолатда бачадонни сақлаб қолиш ҳақида умуман сўз бўлиши мумкин эмас.

5-КЛИНИК ҲОЛАТ: Табиий туғруқдан кейинги перитонит (Яширин бачадон ёрилиши)

Бемор: К., 30 ёш. Анамнез: Табиий туғруқ йўли орқали йирик ҳомила (4200 г) туғган. Туғруқ жараёнида қорин пастида қаттиқ оғриқ бўлган, лекин эпидурал анальгезия сабабли оғриқ тўлиқ сезилмаган. Туғруқдан сўнг бемор "қониқарли" аҳволда палатага олинган. Муаммо: Туғруқдан 24 соат ўтиб, беморда тўсатдан қорин дам бўлиши (парез) ва қайт қилиш бошланган. **Объектив:**

- Қорин пастида "тахтасимон" қаттиқлик (дефанс) йўқ, лекин чуқур палпацияда кучли оғриқ бор.
- УТТ: Қорин бўшлиғида эркин суюқлик ва ичак қовузлоқлари орасида суюқлик йўлакчалари кўринмоқда.

- Қин орқали кўрув: Бачадон бўйни бутун кўринади, лекин бачадоннинг пастки сегменти (чап томони) палпацияда ўта оғриқли ва "бўшлиқ" сезилмоқда.

Ташхис: Туғруқ вақтидаги бачадоннинг пастки сегменти йирилиши (ёрилиши). Акушерлик перитонити.

Хатолик сабаби: Шифокорлар табиий туғруқдан сўнг бачадон бутунлигини (қўл билан текшириш ёки кўзгулар билан кўришда) тўлиқ назорат қилмаган. Йиртилиш бачадоннинг ён қиррасига ва қорин пардасига ўтиб кетган, лекин қон ташқарига оқмасдан, қорин ичига (ёки кенг бойлам орасига) кетган.

Даволаш: Лапаротомия. Бачадон ёрилган жойи аниқланди (йиртилиш кенг бойламга ва қорин пардасига ўтган, атрофида гематома ва йиринг). Бачадон экстирпацияси, қорин бўшлиғи санацияси.

ХУЛОСА ВА ТАҲЛИЛ:

- **Диагностик ҳушёрлик:** Перитонит фақат кесарча кесишдан кейин бўлмайдиган! Йирик ҳомила, тез туғруқ ёки туғруқдаги қўпол манипуляциялар (Кристеллер усули) натижасида бачадон ёрилиши ва оқибатда перитонит ривожланиши мумкин.
- Табиий туғруқдан кейинги ноаниқ қорин оғриғи ва ичак парези – ҳар доим бачадон ревизиясини (қайта текширувни) талаб қилади.

ХОТИМА

Ҳурматли бўлажак ҳамкасб!

Сиз "Акушерлик перитонити" деб номланган ўта мураккаб, масъулиятли ва, афсуски, фожиали мавзуга бағишланган ўқув қўлланмани ўрганиб чиқдингиз. Ушбу қўлланманинг саҳифаларида биз сиз билан биргаликда нафақат бир касалликнинг назарий жиҳатларини, балки оналар ҳаёти учун курашнинг энг кескин нуқталарини, шифокор қарорининг қанчалик қимматли эканлигини ва вақт факторининг аҳамиятини таҳлил қилишга ҳаракат қилдик.

Акушерлик перитонити – бу шунчаки жарроҳлик инфекциясининг бир кўриниши, оддий асорат эмас. Бу – акушерлик амалиётидаги фалокат, бутун организмнинг ҳаёт учун кураши, тиббиёт тили билан айтганда – оғир сепсис, септик шок ва полиорган етишмовчилигининг яққол намоён бўлишидир. Ушбу қўлланмани ёзишдан асосий мақсад – сизнинг онгингизда ушбу касалликка нисбатан шунчаки билимлар тўпламини эмас, балки чуқур, доимий диагностик хушёрликни шакллантиришдир.

Олинган билимлар синтези: Шифокор нимани эслаб қолиши керак?

Ушбу қўлланмада биз касалликнинг бутун занжирини босқичма-босқич кўриб чиқдик ва ҳар бир боб бизга муҳим бир хулосани тақдим этди:

1-боб (Этиология ва Патогенез) бизга перитонитнинг деярли ҳар доим **иккиламчи** эканлигини, унинг "илдизи" кўпинча шифокор назорати остидаги жараёнларда – Кесарча кесиш операцияси, туғруқ жароҳатлари ёки ўз вақтида даволанмаган эндометритда ётишини кўрсатди. Биз патогенезнинг ўзига хослигини – ҳомиладорлик ва чилла давридаги организмнинг иммун жавобининг "ўчирилган" бўлишини англадик. **Хулоса:** Бу касаллик кўпинча ятроген (тиббий аралашув билан боғлиқ) ва физиологик жиҳатдан "ниқобланган" ҳолда бошланади.

2-боб (Клиника ва Диагностика) биз учун энг муҳим сабоқни берди: акушерлик перитонитининг "душмани" унинг "яширин клиникаси"дир. Биз классик "ўткир қорин" белгиларини (тахтакачдек қотган қорин, кескин оғриқ)

кутиш – бу қимматли вақтни бой бериш эканлигини ўргандик. Аксинча, бизнинг диққатимиз энг кичик, аммо ўта муҳим белгилар мажмуасига – хароратга номувофиқ тахикардияга, аста-секин кучайиб борувчи қорин дам бўлишига, "қабр жимлиги" (перистальতিকанинг йўқолиши) белгисига ва энг асосийси – УТТдаги эркин суюқлик ва ичак парези белгиларига қаратилиши шарт. **Хулоса:** Акушерлик перитонити ташхиси – бу битта ёрқин белги эмас, балки бир нечта "кичик", аммо хавфли белгиларнинг синтезидир.

3-боб (Интенсив терапия) ва 5-боб (Операциядан кейинги давр) бизга перитонит бу маҳаллий қорин муаммоси эмас, балки бутун организмнинг тизимли касаллиги (сепсис) эканлигини уқтирди. Биз "Биринчи соат дастаси" (Hour-1 Bundle) тамойилларини, агрессив инфузион терапия, вазопрессорлар, ЎСВ, нутритив қўллаб-қувватлаш ва ҳатто экстракорпорал детоксикация (гемодиализ) каби замонавий реанимация усулларисиз беморни қутқариб бўлмаслигини англадик. **Хулоса:** Беморни жарроҳ даволамайди, уни реаниматолог билан ҳамкорликдаги бутун бир жамоа даволайди.

4-боб (Жарроҳлик давоси) биздан шифокор сифатида энг оғир қарорни қабул қилишни – қатъиятлилиқни талаб қилди. Биз органни сақлаб қолишга бўлган ҳар қандай иккиланиш ёки уриниш тарқоқ перитонит шароитида беморнинг ҳаёти эвазига тушиши мумкинлигини кўрдик. "Инфекция манбаини радикал бартараф этиш" тамойили устунлиқ қилишини, кўп ҳолларда бу гистерэктомия (бачадонни олиб ташлаш) заруратини англантишини ва бу қарор она ҳаётини сақлаб қолиш учун ягона тўғри йўл эканлигини асосладик. **Хулоса:** Акушерлик перитонитида иккиланиш ўлимга тенгдир. Жарроҳлик тактикаси максимал даражада агрессив ва радикал бўлиши шарт.

Ниҳоят, **6-боб (Асоратлар ва Профилактика)** бизга энг оғриқли, аммо энг муҳим ҳақиқатни очиб берди. Ҳатто ҳаёти сақлаб қолинган тақдирда ҳам, бемор кечки асоратлар – чандиқли-яллиғланиш касаллиги, ичак тутилиши, сурункали оғриқлар ва энг фожиалиси – бепуштлиқ билан тўқнаш келиши мумкин. Бу эса бизга профилактиканинг аҳамиятини яна бир бор кўрсатди.

Хулоса: Акушерлик перитонитига қарши энг яхши кураш – бу унга умуман йўл қўймасликдир.

Шифокор масъулияти: Билимдан амалиётга

Энди сизда ушбу касаллик ҳақида тизимли назарий билим мавжуд. Аммо бу билимнинг ўзи етарли эмас. Энг муҳими – бу билимни амалиётда, ҳақиқий клиник вазиятда қўллай олишдир. Сиз бўлажак шифокор сифатида, эртами-кечми, айнан шундай беморга дуч келасиз.

Тасаввур қилинг: Кесарча кесишдан кейинги учинчи кун. Бемор аёлда субфебрил ҳарорат (37.5°C), умумий ҳолсизлик, қоринда "симилловчи" оғриқ. Уни операциядан кейинги нормал ҳолат деб баҳолаш жуда осон. Антибиотик ва оғриқсизлантирувчи дори буюриш – энг оддий йўл. Аммо шу пайтда сизнинг "диагностик ҳушёрлигингиз" ишлаши керак. Сиз беморнинг ёнига бориб, унинг пульсини санашингиз (у 110 та бўлиши мумкин – ҳароратга номувофиқ!), тилини кўришингиз (у куруқ, "қақраган"), қоринни эшитиб кўришингиз ("қабр жимлиги" борми?) ва энг муҳими – уни дарҳол УТТга юборишингиз керак.

Айнан сизнинг шу ҳаракатингиз, шу "ортиқча" синчковлигингиз – бу беморнинг тақдирини ҳал қилувчи нуқтадир. Сизнинг қарорингиз перитонитни реактив босқичда ушлаб қолиш ёки уни терминал босқичга, септик шокка ўтказиб юбориш ўртасидаги чегарани белгилайди.

Тиббий-этик дилемма ва келажак

Шифокорлик – бу нафақат фан, балки санъат ва улкан масъулиятдир. Акушерлик перитонити шифокор олдига энг оғир этик дилеммалардан бирини қўяди: бир томонда аёлнинг ҳаёти, иккинчи томонда унинг оналик функцияси. 4-бобда кўрганимиздек, тарқоқ перитонитда бу танловда иккиланишга ўрин йўқ: онанинг ҳаёти мутлақ устуворликка эга.

Бўлажак шифокор сифатида сиз нафақат беморни, балки унинг яқинларини ҳам даволашга тайёр туришингиз керак. Уларга жарроҳлик ҳажмининг нима учун зарурлигини, бу уларнинг яқини ҳаётини сақлаб қолиш

учун ягона имконият эканлигини тўғри, хотиржам ва асосли тушунтириб бера олиш – бу ҳам юксак профессионализм белгисидир.

Тиббиёт олдинга силжимоқда. Янги антибиотиклар, янги детоксикация усуллари (масалан, цитокин сорбцияси), янги жарроҳлик технологиялари (VAC-терапия) пайдо бўлмоқда. Аммо бу ютуқлар билан бирга янги хавфлар – антибиотикларга чидамлилик (резистентлик) муаммоси ҳам ўсиб бормоқда. Бу эса келажакда перитонитни даволашни янада мураккаблаштириши мумкин.

Шунинг учун, бу курашда бизнинг энг асосий қуролимиз – бу технологиялар эмас, балки профилактика тамойилларига оғишмай амал қилишдир. Асоссиз Кесарча кесиш операцияларидан воз кечиш, асептикага қатъий риоя қилиш, периоперацион антибиотикопрофилактикани "унутмаслик" ва энг кичик эндометрит белгисига ҳам жиддий эътибор қаратиш – буларнинг барчаси бизнинг асосий вазифамиздир.

Ушбу ўқув қўлланмани ўзлаштириш орқали сиз нафақат бир касалликни даволашни ўргандингиз, балки шифокорнинг масъулияти, қарор қабул қилиш шиддати ва энг асосийси – оналар саломатлигини сақлашдек муқаддас бурчнинг аҳамиятини янада чуқурроқ ҳис қилдингиз, деб умид қиламиз. Сизнинг билимингиз ва ҳушёрлигингиз келгусида ўнлаб, юзлаб оналар ҳаётини сақлаб қолишингизга хизмат қилсин.

ТЕСТ САВОЛЛАРИ:

I БЎЛИМ. КИРИШ ВА 1-БОБ (ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ТАСНИФ)

1. Акушерлик перитонитининг умумий жарроҳлик перитонитидан асосий фарқи нимада?
 - а) Кўпроқ оғриқ билан кечади
 - б) Инфекция манбаи деярли ҳар доим кичик чанокда (бачадонда) жойлашади**
 - в) Фақат анаэроб микроблар чақиради
 - г) Антибиотикларга тез жавоб беради
2. Бугунги кунда акушерлик перитонитининг мутлақ етакчи сабаби қайси?
 - а) Криминал абортлар
 - б) Туғруқ йўлларининг йиртилиши
 - в) Кесарча кесиш операцияси асоратлари**
 - г) Эндометритнинг гематоген тарқалиши
3. Кесарча кесишдан кейинги перитонитнинг энг хавфли ва тўғридан-тўғри сабаби нима?
 - а) Операциядан кейинги ичак парези
 - б) Бачадондаги чоклар етишмовчилиги (метропатия)**
 - в) Дренажларнинг нотўғри қўйилиши
 - г) Перิโอперацион антибиотикопрофилактика
4. Акушерлик перитонити клиникасининг "ўчирилган" ёки "яширин" бўлишининг асосий патофизиологик сабаби нима?
 - а) Беморнинг оғриққа чидамлилиги
 - б) Кучли антибиотикларни эрта қўллаш
 - в) Туғруқдан кейинги организмнинг физиологик ўзгаришлари (гормонал фон, қорин девори бўшлиги, нисбий иммуносупрессия)**
 - г) Йирингнинг фақат кичик чанокда тўпланиши

5. Акушерлик перитонити этиологиясида қандай микрофлора етакчи рол ўйнайди?
- а) Фақат Грам-мусбат флора (Стафилококк)
 - б) Фақат Грам-манфий флора (Ичак таёқчаси)
 - в) Аэроб ва анаэробларнинг биргаликдаги уюшмаси (Полимикроб этиология)**
 - г) Замбуруғли инфекция
6. Перитонитнинг токсик босқичи (А.В. Савельев бўйича) одатда қачон ривожланади?
- а) Касаллик бошланганидан 3-5 соат ўтиб
 - б) Касаллик бошланганидан 24-72 соат ўтиб**
 - в) Касаллик бошланганидан 5-7 кун ўтиб
 - г) Биринчи 12 соат ичида
7. Қорин бўшлиғидаги экссудат характериға кўра қайси перитонит энг ёмон прогнозға эға?
- а) Сероз перитонит
 - б) Фибриноз перитонит
 - в) Ўйрингли перитонит
 - г) Ихороз (бадбўй, нажас ҳидли) ёки геморрагик перитонит**
8. Инфекциянинг бачадондан қорин бўшлиғига ўтишининг энг тез ва хавфли йўли қайси?
- а) Тўғридан-тўғри (Контакт) йўл – чок етишмовчилиги ёки перфорация**
 - б) Лимфоген йўл
 - в) Гематоген йўл
 - г) Интраканаликуляр (найлар орқали) йўл

9. Жараённинг фақат кичик чанок қорин пардаси билан чегараланиши қандай аталади?
- а) Диффуз перитонит
 - б) Пельвиоперитонит (Маҳаллий перитонит)**
 - в) Панофталмит
 - г) Параметрит
10. Кесарча кесишдан кейинги 6-10-кунлари ривожланган перитонитнинг эҳтимолий сабаби нима?
- а) Операция вақтида ичакнинг шикастланиши
 - б) Бирламчи чоклар етишмовчилиги
 - в) Операциядан кейинги эндометритнинг асорати, инфекцияланган гематоманинг ёрилиши**
 - г) Катетер сепсиси
11. "Ичак – сепсис мотори" назариясининг асоси нима?
- а) Ичак ичидаги овқатнинг токсин ишлаб чиқариши
 - б) Ичак деворининг барьер функцияси бузилиши ва микроб/токсинларнинг қонга ўтиши (бактериал транслокация)**
 - в) Ичакнинг ҳаддан ташқари кўп ҳаракати (гиперперистальтика)
 - г) Ичакдаги ферментларнинг етишмовчилиги
12. Перитонитнинг қайси босқичида полиорган етишмовчилиги чуқурлашади ва даволашга жавоб деярли бўлмайди?
- а) Реактив босқич
 - б) Токсик босқич
 - в) Терминал босқич**
 - г) Яширин босқич

13.Перитонит ривожланишига замин яратувчи антенатал хавф омилига нима киради?

а) Узоқ давом этган туғруқ

б) Ҳомиладорлар анемияси ва презклампсия

в) Кўп сонли қин текширувлари

г) Акушерлик қисичларини қўллаш

14.Перитонитнинг реактив босқичида одатда қандай белгилар устунлик қилади?

а) Умумий интоксикация белгилари

б) Полиорган етишмовчилиги

в) Маҳаллий белгилар (оғриқ, қорин пардаси таъсирланиши)

г) Ичак парези белгилари

15."Панометрит" тушунчаси нимани англатади?

а) Бачадон найларининг йирингли яллиғланиши

б) Бачадон атрофидаги клетчатканинг яллиғланиши

в) Бачадоннинг барча уч қаватининг (эндо-, мио- ва периметрий) яллиғланиши

г) Бачадон ички шиллиқ қаватининг яллиғланиши

II БЎЛИМ. 2-БОБ (КЛИНИКА ВА ДИАГНОСТИКА)

16.Акушерлик перитонити клиникасининг энг асосий ўзига хослиги нима?

а) "Ханжар ургандек" кескин оғриқ

б) Тана ҳароратининг 41°C гача кўтарилиши

в) Клиниканинг "ўчирилган", "яширин" (маскированный) бўлиши

г) Щеткин-Блюмберг белгисининг кескин мусбатлиги

17.Акушерлик перитонитида мушаклар таранглиги (дефанс) нима учун кучсиз ифодаланган бўлади?

- а) Бемор оғриқни сезмайди
- б) Туғруқдан кейин қорин олд деворининг тонуси пасайган ва чўзилган бўлади**
- в) Йиринг қорин деворига таъсир қилмайди
- г) Бемор антибиотиклар қабул қилаётган бўлади

18. Перитонитда интоксикациянинг энг ишончли ва доимий клиник белгиси қайси?

- а) Тана ҳароратига номувофик тахикардия (пульс > 110-120/дақ)**
- б) Қон босимининг кескин кўтарилиши
- в) Брадикардия (пульснинг секинлашиши)
- г) Терининг қизариши

19. "Қайчи" белгиси нима?

- а) Щеткин-Блюмберг белгисининг иккинчи номи
- б) Қорин ва кўкрак қафаси ҳарорати ўртасидаги фарқ
- в) Пульс тезлигининг тана ҳароратига мос келмаслиги (пульс юқори, ҳарорат субфебрил бўлиши мумкин)**
- г) Лейкоцитлар ва ЭЧТ ўртасидаги номувофиклик

20. Перитонитда ичак парезининг энг эрта ва ишончли клиник белгиси қайси?

- а) Қусиш
- б) Ич кетиши
- в) Қориннинг бир текис дам бўлиши ва перистальтиканинг сусайиши**
- г) "Металл жаранги" белгиси

21. Перитонитда қоринни аускультация (эшитиш) қилганда аниқланадиган хос белги:

- а) Перистальтиканинг кескин кучайиши
- б) "Томчи томиши" белгиси
- в) "Қабр жимлиги" (перистальтиканинг бутунлай йўқолиши)**
- г) "Плеск" шовқини

22. Акушерлик перитонитида Щеткин-Блюмберг белгисига қандай баҳо берилади?

- а) Ҳар доим кескин мусбат бўлади
- б) Кўпинча кучсиз мусбат ёки ҳатто манфий (ишончсиз) бўлиши мумкин**
- в) Фақат ўнг ёнбошда аниқланади
- г) Бу белги умуман қўлланилмайди

23. Акушерлик перитонитига гумон қилинганда қайси текширув усули юқори информатив ҳисобланади?

- а) Қоринни пайпаслаш
- б) Қин орқали (бимануал) текширув**
- в) Ректал текширув
- г) Умумий кўрик

24. Қин орқали текширганда перитонитга хос бўлган белги:

- а) Бачадоннинг катталашгани
- б) Бачадон юмшоқлиги
- в) Бачадон бўйнини силжитиш ва орқа гумбазни пайпаслаш кескин оғриқли бўлиши ("Дуглас йиғиси")**
- г) Қиндан қонли ажралма келиши

25. Перитонитда умумий қон таҳлилидаги хос ўзгариш:

- а) Лейкоцитоз, нейтрофил силжишнинг чапга кескин силжиши ва ЛИИ ошиши**

- б) Лимфоцитоз ва ЭЧТнинг пасайиши
- в) Эозинофилия ва тромбоцитопения
- г) Анемия ва лейкопения (ҳар доим)

26. Агар перитонитли беморда лейкоцитоз ўрнига лейкопения (лейкоцитлар камайиши) кузатилса, бу нимадан далолат беради?

- а) Даволанишнинг самарали эканидан
- б) Нотўғри ташхисдан
- в) Ўта ёмон прогностик белги, организмнинг ҳимоя кучлари тугаганидан (ареактивлик)**
- г) Вирусли инфекция қўшилганидан

27. Перитонитда "олтин стандарт" ва биринчи навбатда ўтказиладиган инструментал ташхис усули қайси?

- а) Рентгенография
- б) Компьютер томография (КТ)
- в) Қорин бўшлиғи аъзолари ва кичик чаноқ УТТси**
- г) Диагностик лапаротомия

28. УТТда перитонитнинг асосий белгилари:

- а) Жигарнинг катталашиши ва бачадон миомаси
- б) Қорин бўшлиғида эркин суюқлик, ичак қовузлоқларининг кенгайиши (пневматоз) ва Кесарча чоки соҳасида дефект**
- в) Буйракларда тош борлиги
- г) Ўт пуфагининг яллиғланиши

29. "Клойбер косачалари" қаерда ва қачон аниқланади?

- а) УТТда, перитонитнинг эрта босқичида
- б) Обзор рентгенографияда, ичак парезининг кечки босқичида**
- в) КТда, абсцессни аниқлашда

г) Қон таҳлилида, интоксикация белгиси сифатида

30.Перитонит ташхиси клиник ва УТТда шубҳали бўлиб қолса, энг аниқ (100% информатив) ташхис усули қайси?

а) Қайта УТТ қилиш

б) КТ қилиш

в) Диагностик лапароскопия

г) Қонни прокальцитонинга текшириш

31.Перитонитни оғир эндометритдан қиёсий ташхислашда ҳал қилувчи белги:

а) Тана ҳароратининг баландлиги

б) Лейкоцитоз

в) Ичак парези ("жим" қорин) ва УТТда қорин бўшлиғида эркин суюқлик белгилари (эндометритда булар бўлмайди)

г) Қориндаги оғрик

32.Перитонитни механик ичак тутилишидан фарқлашда асосий белги:

а) Қориннинг дам бўлиши

б) Механик тутилишда перистальтика кучайган ("шовқинли" қорин), перитонитда эса йўқ ("жим" қорин)

в) Қусишнинг мавжудлиги

г) Рентгенда Клойбер косачалари

33.Биокимёвий таҳлилда мочевина ва креатинин миқдорининг ошиши нимадан далолат беради?

а) Жигар етишмовчилигидан

б) Полиорган етишмовчилигининг бошланиши – ўткир буйрак етишмовчилигидан

в) Кучли интоксикациядан

г) Оқсил етишмовчилигидан

34. Акушерлик перитонитига шубҳа туғилса, шифокорнинг биринчи ҳаракати қандай бўлиши керак?

а) Кучлироқ антибиотик буюриш

б) Оғриксизлантирувчи дори юбориш

в) Беморни 3 кун кузатиш

г) Дарҳол УТТ, умумий қон таҳлили (ЛИИ билан) ва гинеколог/жарроҳ/реаниматолог консультациясини ташкил этиш

35. "Эндометрит" ташхиси билан даволанаётган беморда 48-72 соат ичида ижобий динамика бўлмаса, шифокор биринчи навбатда нима ҳақида ўйлаши керак?

а) Антибиотикни алмаштириш кераклиги ҳақида

б) Бемор симуляция қилаётгани ҳақида

в) Жараённинг перитонитга ўтганлиги ҳақида

г) Беморда вирусли инфекция борлиги ҳақида

III БЎЛИМ. 3-БОБ (ИНТЕНСИВ ТЕРАПИЯ)

36. Акушерлик перитонитида даволашнинг асосий тамойили қандай?

а) "Кутиш ва кузатиш"

б) "Эрта ташхис – Агрессив даволаш"

в) "Фақат консерватив даво"

г) "Режали жарроҳлик"

37. Акушерлик перитонити сепсиси қандай сепсис турига киради?

а) Терапевтик сепсис

б) Уросепсис

в) Жарроҳлик сепсиси (Инфекция манбаини жарроҳлик йўли билан бартараф этишни талаб қилади)

г) Ангиоген сепсис

38.Перитонитда операциягача тайёргарлик ("терапевтик ойна") қанча давом этиши керак?

а) 10-12 соат

б) 24 соат

в) 2-4 соат (максимум 6 соат)

г) 3 кун

39.Операциягача тайёргарликнинг асосий мақсади нима?

а) Беморни тўлиқ даволаш

б) Антибиотик сезувчанлигини аниқлаш

в) Беморнинг гемодинамикасини операцияни кўтара оладиган даражада барқарорлаштириш

г) Ичакни тозалаш

40.Септик шокда "Биринчи соат дастаси" (Hour-1 Bundle)га нима кирмайди?

а) Лактат даражасини ўлчаш

б) Кенг қамровли антибиотикларни юбориш

в) Гипотонияда 30 мл/кг кристаллоидларни юбориш

г) Режали равишда КТ текширувига тайёрлаш

41.Акушерлик перитонитида эмпирик антибактериал терапия қайси гуруҳ микробларини мажбурий тартибда қамраб олиши керак?

а) Грам-мусбат, Грам-манфий ва Анаэробларни

б) Фақат Грам-манфий микробларни

в) Фақат Анаэробларни

г) Фақат Грам-мусбат микробларни

42. Анаэроб микрофлорага қарши "олтин стандарт" препарат қайси?

- а) Цефтриаксон
- б) Амикацин
- в) Метронидазол**
- г) Ванкомицин

43. "Септик шок" ташхиси қачон қўйилади?

- а) Тана ҳарорати 39°C дан ошганда
- б) Лейкоцитлар 20,000 дан ошганда
- в) Сепсис + Етарли суюқлик қўйилишига қарамай, АҚБни ушлаш учун вазопрессорлар талаб этилса**
- г) Бемор ҳушини йўқотганда

44. Септик шокда биринчи танлов вазопрессор препарати қайси?

- а) Допамин
- б) Адреналин
- в) Норэпинефрин (Норэпинефрин)**
- г) Мезатон

45. Сепсис-3 таърифи бўйича, сепсис бу...

- а) Инфекция + ҳарорат
- б) Инфекцияга нисбатан организмнинг назоратдан чиққан тизимли яллиғланиш жавоби + аъзолар дисфункцияси**
- в) Қонда микроб аниқланиши
- г) Инфекция + лейкоцитоз

IV БЎЛИМ. 4-БОБ (ЖАРРОҲЛИК ДАВОСИ)

46. Акушерлик перитонитида оптимал жарроҳлик йўли (кесма) қайси?

- а) Пфанненштиль кесмаси
- б) Лапароскопия
- в) Кенг ўрта лапаротомия (Киндикдан юқори ва паст кесма)**

г) Қовурға ости кесмаси

47. Жарроҳлик давосининг асосий, биринчи мақсади нима?

а) Қорин бўшлиғини ювиш

б) Дренажлар қўйиш

в) Инфекция манбаини радикал бартараф этиш (Source Control)

г) Ичак декомпрессияси

48. Тарқоқ йирингли перитонитда органи сақловчи (бачадонни тикиш) операциясига уриниш...

а) Энг тўғри усул, чунки репродуктив функция сақланади

б) Ўта хавфли таваккалчилик, чунки чоклар етишмовчилиги ва сепсис манбаи сақланиб қолиш хавфи юқори

в) Фақат ёш беморларда қўлланилади

г) Фақат тажрибали жарроҳлар қўллаши мумкин

49. Акушерлик перитонитида ҳаётни сақлаб қолишнинг "олтин стандарти" бўлган жарроҳлик ҳажми:

а) Бачадон найларини боғлаш

б) Пельвиоперитонитни дренажлаш

в) Бачадонни олиб ташлаш (Гистерэктомия)

г) Кесарча кесиш чокларини қайта тикиш

50. Бачадонни субтотал ампутацияси (чўлтоқ гистерэктомия) қачон танланади?

а) Беморнинг аҳволи барқарор бўлганда

б) Беморнинг аҳволи ўта оғир (септик шок, ДВС-синдром) ва операцияни тез якунлаш керак бўлганда

в) Бачадон бўйни ҳам жараёнга тортилганда

г) Жарроҳ тажрибаси кам бўлганда

51.Бачадонни тотал экстирпацияси (тўлиқ олиб ташлаш) субтотал ампутациядан нимаси билан афзал?

а) Мутлақ радикализм, инфекция ўчоғи (бачадон бўйни ҳам) 100% бартараф этилади

б) Тезроқ бажарилади

в) Сийдик найларини шикастлаш хавфи камроқ

г) Қон йўқотиш камроқ

52.Қорин бўшлиғини санация қилиш (ювиш) учун замонавий "олтин стандарт" эритма:

а) Фурацилин эритмаси

б) Хлоргексидин эритмаси

в) Тана ҳароратигача иситилган катта миқдордаги (10-15 л) 0.9% Натрий Хлорид (физиологик эритма)

г) Антибиотиклар эритмаси

53."Лапаростомия" ("Очиқ қорин" – Open Abdomen) усули қачон қўлланилади?

а) Ҳар қандай перитонитда

б) Бемор семиз бўлганда

в) Ўта оғир йирингли-нажасли перитонитда, анаэроб инфекцияда ва абдоминал компартмент синдроми хавфида

г) Фақат режали операцияларда

54."Дастурлаштирилган релапаротомия" нима?

а) Операциядан кейинги абсцессни очиш

б) Қорин бўшлиғини вақтинчалик ёпиб, 24-48 соатдан сўнг режали равишда қайта санация қилиш

в) Диагностик лапароскопия

г) Операцияни иккита жарроҳ бажариши

55. VAC-терапия нима?

- а) Вена орқали антибиотик юбориш
- б) Вакуумли туғруқ усули
- в) Лапаростомада манфий босим яратиш, экссудатни сўрувчи ва жароҳат битишини тезлатувчи тизим**
- г) Вентилятор-ассоциацияланган терапия

V БЎЛИМ. 5-БОБ (ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВР)

56. Операциядан кейинги даврда антибактериал терапиянинг "де-эскалация" тамойили нима?

- а) Антибиотиклар дозасини камайтириш
- б) Экиш натижаси (сезувчанлик) олингач, кенг қамровли антибиотикни тор доирадаги, мақсадли антибиотикка алмаштириш**
- в) Антибиотикларни бутунлай тўхтатиш
- г) Янги, кучлироқ антибиотик қўшиш

57. Перитонитдан кейинги беморни озиқлантиришнинг "олтин стандарти":

- а) Парентерал (вена орқали) озиқлантиришни 7 кун давом эттириш
- б) Бемор ўзи овқат ейишни бошлаганча кутиш
- в) "Ичак – сепсис мотори" концепциясига кўра, иложи борича эрта (24-48 соат ичида) энтерал (зонд орқали) озиқлантиришни бошлаш**
- г) Фақат глюкоза эритмасини юбориш

58. Эрта энтерал озиқлантиришнинг асосий мақсади нима?

- а) Беморнинг вазнини тиклаш
- б) Ичак шиллиқ қавати атрофияси ва бактериал транслокациянинг олдини олиш**
- в) Ичакни тезроқ ишлатиш
- г) Қорин дам бўлишини камайтириш

59. Септик шокдаги беморда ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланса, қайси усул афзал?

- а) Интермиттирловчи Гемодиализ (ИГД)
- б) Доимий Вено-Веноз Гемофилтрация (ДВВГФ)**
- в) Мажбурий диурез (Лазикс)
- г) Плазмаферез

60. Нима учун септик шокда ДВВГФ анъанавий гемодиализдан афзал?

- а) Жараён секин боради, қон босимини туширмайди ва яллиғланиш медиаторларини (цитокинларни) ҳам чиқаради**
- б) Тезроқ ишлайди ва арзонроқ
- в) Камроқ дори талаб қилади
- г) Буйракларни тезроқ "ишга туширади"

61. Перитонитдан кейинги беморларда ЎАТЭ (ўпка тромбоэмболияси) олдини олиш учун нима қўлланилади?

- а) Аспирин
- б) Курантил
- в) Паст молекуляр оғирликдаги гепаринлар (ПМОГ) ва компрессион пайпоқлар**
- г) Қон олдириш

62. "Шок ўпкаси" (ОРДС) ривожланса, ЎСВ қандай режимда олиб борилади?

- а) Юқори нафас ҳажмлари билан
- б) "Ўпкани ҳимоя қилувчи" режим (паст нафас ҳажмлари ва РЕЕР билан)**
- в) Фақат кислород ниқоби орқали
- г) Қисқа муддатли вентилизация

63.Операциядан кейинги ичак парезини даволашга нима кирмайди?

- а) Назогастрал зонд орқали декомпрессия
- б) Прокинетиклар (Церукал) юбориш
- в) Эрта фаоллаштириш
- г) **Беморга овқат бериб, ичакни "мажбурлаш"**

64."Бактериал транслокация" нима?

- а) Антибиотикнинг микробга таъсири
- б) Микробнинг бир аъзодан иккинчисига ўтиши
- в) **Ичак девори баръери бузилиши туфайли ичакдаги микроб ва токсинларнинг қонга ўтиши**
- г) Микробларнинг антибиотикларга чидамлилиги

65.Сепсисдаги беморда гипергликемия (қанд ошиши) кузатилса, қандай тактика тўғри?

- а) Бу "стресс" ҳолати, эътибор бермаслик керак
- б) **Қондаги қанд миқдорини 8-10 ммоль/л атрофида ушлаб туриш учун Инсулин инфузиясини бошлаш**
- в) Овқат беришни тўхтатиш
- г) Қанд пасайтирувчи таблеткалар бериш

VI БЎЛИМ. 6-БОБ (АСОРАТЛАР, ПРОФИЛАКТИКА, ПРОГНОЗ)

66.Акушерлик перитонитининг энг кенг тарқалган ва деярли муқаррар кечки асорати:

- а) Буйрак етишмовчилиги
- б) Жигар циррози
- в) **Чандиқли-яллиғланиш касаллиги (Спаечная болезнь) ва ичак тутилиши**
- г) Сурункали панкреатит

67.Акушерлик перитонитидан кейинги бепуштликнинг асосий сабаби:

- а) Гормонал бузилишлар
- б) Бачадоннинг олиб ташланиши (гистерэктомия) ёки бачадон найларининг чандиқлар ҳисобига беркилиб қолиши**
- в) Беморнинг руҳий ҳолати
- г) Антибиотикларнинг таъсири

68. Акушерлик перитонитининг олдини олишнинг энг самарали бирламчи профилактика усули:

- а) Барча аёлларга антибиотик буюриш
- б) Асоссиз Кесарча кесиш операциялари сонини кескин камайтириш**
- в) Барча туғруқларни вакуум билан якунлаш
- г) Туғруқдан кейин бачадонни ювиш

69. Кесарча кесиш операцияси вақтида йирингли асоратлар (эндометрит, перитонит) олдини олишнинг "олтин стандарти" нима?

- а) Операциядан кейин 10 кун антибиотик бериш
- б) Операция вақтида қоринни антисептик билан ювиш
- в) Операциядан 30-60 дақиқа олдин (тери кесилишидан олдин) бир марталик антибиотикопрофилактика қилиш**
- г) Беморни операциядан кейин тезроқ оёққа турғизиш

70. Акушерлик перитонитида прогноз ва ўлим хавфи энг кўп қайси омилга боғлиқ?

- а) Касалликка ташхис қўйиш ва операцияни бошлаш вақтига**
- б) Беморнинг ёшига
- в) Қўлланилган антибиотик нархига
- г) Беморнинг ижтимоий ҳолатига

ТЕСТ САВОЛАРИНИНГ ЖАВОБЛАРИ:

Савол 1-18	Савол 19-36	Савол 37-54	Савол 55-70
1 - б	19 - в	37 - в	55 - в
2 - в	20 - в	38 - в	56 - б
3 - б	21 - в	39 - в	57 - в
4 - в	22 - б	40 - г	58 - б
5 - в	23 - б	41 - а	59 - б
6 - б	24 - в	42 - в	60 - а
7 - г	25 - а	43 - в	61 - в
8 - а	26 - в	44 - в	62 - б
9 - б	27 - в	45 - б	63 - г
10 - в	28 - б	46 - в	64 - в
11 - б	29 - б	47 - в	65 - б
12 - в	30 - в	48 - б	66 - в
13 - б	31 - в	49 - в	67 - б
14 - в	32 - б	50 - б	68 - б
15 - в	33 - б	51 - а	69 - в
16 - в	34 - г	52 - в	70 - а
17 - б	35 - в	53 - в	
18 - а	36 - б	54 - б	

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР:

Масала 1.

28 ёшли аёл, 4 кун олдин Кесарча кесиш операцияси бўлган. 2 кундан буён тана ҳарорати $38.0-38.5^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилмоқда. "Операциядан кейинги эндометрит" ташхиси билан антибактериал терапия олаётганига қарамай, аҳволи яхшиланмаяпти. Сўнгги 12 соат ичида ҳолсизлик кучайган, кўнгил айланиши, бир мартали қусиш кузатилган. *Кўриқда:* Аҳволи ўрта оғирликда, териси рангпар. Тана ҳарорати – 37.8°C , Пульс – 116/дақ., АҚБ – 100/70 мм.сим.уст. Тили қуруқ, караш билан қопланган. Қорни бироз дам, операциядан кейинги чок соҳасида оғриқ бор. Қоринни пайпаслаганда мушаклар таранглиги аниқ эмас (қорин "юмшоқ"). Перистальтика сусайган.

Таъхисингиз ва кейинги ҳаракатларингиз?

Масала 2

32 ёшли аёл, 5 кун олдин узоқ давом этган туғруқ ва 18 соатлик сувсизлик давридан сўнг Кесарча кесиш операцияси ўтказилган. Бугун аҳволи кескин ёмонлашган: ҳуши хиралашган, безовта, сўровларга аниқ жавоб бермайди. *Кўриқда:* Аҳволи ўта оғир. Териси оч-кулранг, совуқ тер билан қопланган. Тана ҳарорати – 39.2°C , Пульс – 130/дақ., ипсимон. АҚБ – 70/40 мм.сим.уст. Нафас сони – 28/дақ. Қорни кескин дам, пальпацияда оғриқли. Перистальтика эшитилмайди.

Таъхис. Шифокорнинг биринчи навбатдаги ҳаракатлари ("Биринчи соат дастаси")?

Масала 3

Масала 1-даги беморда (Пульс 116/дақ, ҳарорат 37.8°C , қорин дам) акушерлик перитонитига гумон қилинди.

Ушбу таъхисни тасдиқлаш учун шифокор биринчи навбатда қайси инструментал ва лаборатор текиширувларни ўтказиши керак? Улардан нимани қутиши мумкин?

Масала 4

25 ёшли аёл, Кесарча кесиш операциясидан кейинги 8-кун. Умумий аҳволи яхшиланаётган бир пайтда, сўнгги 2 кун ичида куннинг иккинчи ярмида тана ҳарорати 38.5-39.0°C гача кўтарилиб, кечкурун ўзи тушмоқда ("иситма шамчироқлари"). Умумий ҳолсизлик, терлаш кузатилмоқда. Қорин белгилари яққол эмас.

Сизнинг тахминий таъхисингиз ва буни тасдиқлаш учун қайси текширув усули энг информатив?

Масала 5

30 ёшли аёл, операция хонасига "Тарқоқ йирингли перитонит" таъхиси билан олинди (Кесарча кесишдан кейинги чок етишмовчилиги). Операция вақтида қорин бўшлиғида 1,5 литргача йирингли-фибринозли экссудат, ичаклар орасида фибрин пардалари, бачадон танаси ва чок соҳаси некрозга учрагани аниқланди. Бачадон бўйни ва ортиқлари визуал ўзгаришсиз. Беморнинг аҳволи операция столида оғир, аммо гемодинамикаси вазопрессорлар ёрдамида барқарор (АҚБ 90/60).

Жарроҳнинг оптимал жарроҳлик ҳажми ва тактикаси қандай бўлиши керак?

Масала 6

34 ёшли аёл, Масала 5-даги ҳолат (Тарқоқ йирингли перитонит, бачадон некрози), лекин фарқли жиҳати: беморнинг аҳволи операция столида ўта оғир. Яққол **септик шок**, ДВС-синдром белгилари (тўқималардан қон сизиши), АҚБ вазопрессорларнинг юқори дозаларига қарамай, 70/40 мм.сим.уст. дан кўтарилмаяпти.

Бундай ўта оғир, ностабил беморда жарроҳ қандай ҳажмдаги операцияни танлаши ("damage control" тамойили) мақсадга мувофиқ?

Масала 7

26 ёшли аёл, Кесарча кесиш операциясидан кейинги 6-кун. Тана харорати 38.0°C, ўнг ёнбош соҳасида ва белда оғрикқа шикоят қилмоқда. *Кўрикда:* Қорни юмшоқ, ичак парези белгилари йўқ, перистальтика фаол. Щеткин-Блюмберг белгиси манфий. Умумий қон таҳлилида – лейкоцитоз.

Перитонитдан ташқари яна қандай иккита асосий касаллик билан қиёсий таъхис ўтказиш керак?

Масала 8

Перитонит сабабли операция ўтказилди. Жарроҳ қорин бўшлиғини 10 литр физиологик эритма билан ювди. Дренажлар ўрнатди. Энди жарроҳ операцияни якунлаш усулини танлаши керак. Қорин бўшлиғида ичак парези яққол ривожланган, ичаклар кескин шишган.

Жарроҳ қоринни бирламчи тикиб қўйса, қандай хавфли асорат ривожланиши мумкин? Бундай вазиятда қайси усул афзалроқ?

Масала 9

29 ёшли аёл, режали Кесарча кесиш операциясига тайёрланмоқда (анамнезида йирик ҳомила).

Операциядан кейинги йирингли асоратлар (эндометрит, перитонит) олдини олиш учун шифокорнинг энг муҳим, "олтин стандарт"га қирувчи ҳаракати нимадан иборат?

Масала 10

Перитонит операциясидан кейинги 4-кун. Бемор РИТБда, ЎСВ аппаратида. Аҳволи оғирлигича қолмоқда. Қон босимини ушлаш учун вазопрессорлар (Норадреналин) юборилмоқда. Сўнгги 6 соат давомида сийдик ажралиши деярли кузатилмади (анурия). Қон таҳлили: Мочевина - 35 ммоль/л, Креатинин - 480 мкмоль/л, Калий - 6.2 ммоль/л.

Таъхис. Беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун қандай шошилинч муолажа бошланиши керак?

Масала 11

Перитонит операциясидан кейинги 2-кун. Бемор РИТБда. Гемодинамикаси барқарорлашди. Ичак парези белгилари сақланиб қолмоқда (қорин дам, перистальтика йўқ).

Реаниматолог беморни озиқлантириш (нутритив қўллаб-қувватлаш) учун қандай тактикани танлаши керак? Нега?

Масала 12

Перитонит операциясидан кейинги 5-кун. Бемор РИТБда. Аҳволи оғир. Операциягача бошланган "Цефтриаксон + Метронидазол + Амикацин" схемасига қарамай, тана ҳарорати 38.5°C сақланмоқда. Операция вақтида олинган экссудат экиш натижаси келди: "E. coli ўсди. Цефтриаксонга чидамли. Меропенемга сезгир."

Шифокорнинг антибактериал терапия бўйича кейинги тактикаси?

Масала 13

30 ёшли аёл, 2-ҳомиладорлик. Анамнезида 1-туғруқ Кесарча кесиш билан. Ушбу ҳомиладорликда ҳам режали Кесарча кесишга кўрсатма қўйилди.

Шифокор бирламчи профилактика мақсадида, перитонитга олиб келувчи энг асосий сабабни (Кесарча кесишни) камайтириш учун нима қилиши керак эди?

Масала 14

Акушерлик перитонитидан кейин 1 йил ўтгач, гистерэктомия қилинган аёл шифокорга мурожаат қилди. Уни қориндаги тўлғоқсимон оғриқлар, қорин дам бўлиши, ич келмаслиги безовта қилмоқда.

Энг эҳтимолий кечки асорат ва таъхис?

Масала 15

24 ёшли аёл, 3 кун олдин "Эндометрит" ташхиси билан даволаниш бошланган. Тана ҳарорати 38.0°C, Пульс 90/дақ, Лейкоцитлар 12.0 x 10⁹/л. Бугун, 3-кун: Тана ҳарорати 37.8°C (тушгандек), аммо Пульс 110/дақ, Лейкоцитлар 11.5 x 10⁹/л. Беморнинг ўзи "бироз қоним дам бўляпти" деб шикоят қилди.

Сизнинг тактикангиз: даволашни давом эттирасизми ёки бу "кичик" ўзгаришлар сизни нимагадир ундаши керакми?

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР ЖАВОБЛАРИ

Масала 1 га жавоб:

- **Тахминий ташхис:** Акушерлик перитонити (Кесарча кесишдан кейинги чок етишмовчилиги?). "Эндометрит" ташхиси остида яширинган "ўчирилган" клиника.
- **Асос:** Тана ҳарорати (37.8°C) ва пульс (116/дақ) ўртасидаги кескин номувофиқлик ("қайчи" белгиси), тили қуруқлиги (интоксикация), перистальтиканинг сусайиши (ичак парезининг бошланиши). Антибиотикка жавобнинг йўқлиги.
- **Тактика:** Даволашни давом эттириш эмас! Беморни дарҳол РИТБга ўтказиш, шошилишч УТТ (эркин суюқлик, чок ҳолати, ичак пневматозини аниқлаш), УҚТ (ЛИИ билан), биохимия, коагулограмма олиш ва жарроҳ/реаниматолог билан биргаликда операцияга тайёрлашни бошлаш.

Масала 2 га жавоб:

- **Ташхис:** Акушерлик перитонити. Септик шок. Полиорган етишмовчилиги.
- **Биринчи соатда ("Hour-1 Bundle"):**
 1. Дарҳол РИТБга ўтказиш.
 2. Вена ичига **агрессив инфузия** бошлаш (Марказий вена катетери орқали 30 мл/кг ҳисобидан иситилган кристаллоидлар).
 3. Дарҳол **антибиотиклар** юбориш (экиш учун қон олингандан сўнг) – Карбапенемлар (Меропенем) ёки Пиперациллин/Тазобактам + Метронидазол.
 4. АҚБ инфузияга жавоб бермаса, дарҳол **вазопрессорлар (Норадреналин)** улаш.
 5. Кислород бериш (катта эҳтимол билан ЎСВга ўтказиш).
 6. Шошилишч операцияга тайёрлаш (жарроҳлик сепсиси!).

Масала 3 га жавоб:

- **1. Ультратовуш текшируви (УТТ):** Бу "олтин стандарт". Унда қорин бўшлиғида (айниқса кичик чанокда, ён каналларда, жигар остида) **эркин суюқлик** (йиринг); ичак қовузлоқларининг суюқлик ва газ билан кенгайиши (парез); ва энг асосийси – **Кесарча кесиш чоки соҳасининг** ҳолати (дефект, абсцесс, инфильтрат) аниқланади.
- **2. Умумий қон таҳлили (УҚТ) + ЛИИ:** Яққол лейкоцитоз, нейтрофилларнинг чапга кескин силжиши ва энг муҳими – **Лейкоцитар интоксикация индекси (ЛИИ)** нинг 4.0 дан юқори бўлиши кутилади.
- **3. Обзор рентгенография:** Кечки белги – "Клойбер косачалари"ни (ичак парези) кўрсатиши мумкин.

Масала 4 га жавоб:

- **Тахминий ташхис:** Операциядан кейинги **қолдиқ абсцесс** (Диафрагма ости, ичаклар ораси ёки кичик чанок абсцесси). "Гектик" турдаги (кескин кўтарилиб, кескин тушувчи) иситма бунга жуда хосдир.
- **Энг информатив усул:** Қорин бўшлиғи **УТТ**си (абсцессни аниқлаш учун) ва агар УТТ аниқ кўрсатмаса, **КТ (Компьютер томография)** (чуқур жойлашган абсцессларни аниқлаш учун "олтин стандарт").

Масала 5 га жавоб:

- **Жарроҳлик ҳажми:** Инфекция манбаи (бачадон) тўлиқ олиб ташланиши керак. Бачадон бўйни жараёнга тортилмаган ва беморнинг аҳволи барқарорроқ бўлгани учун **бачадонни тотал экстирпацияси** (бачадон бўйни билан бирга тўлиқ олиб ташлаш) – энг радикал ва тўғри усул ҳисобланади. Найлар ҳам олиб ташланади.
- **Тактика:** Операциядан сўнг қорин бўшлиғини катта миқдордаги (10-15 л) иситилган физиологик эритма билан "тоза сувгача" ювиш, барча хавфли нуқталарни (кичик чанок, ён каналлар, диафрагма ости) дренажлаш.

Масала 6 га жавоб:

- **Жарроҳлик ҳажми:** "Damage control" (зарарни назорат қилиш) тамойили қўлланилади. Мақсад – максимал радикализм эмас, балки **максимал тезлик** ва **минимал травма** билан ҳаётни сақлаб қолиш. Бемор операция столида ўлиб қолиши мумкин.
- **Оптимал усул:** **Бачадонни субтотал ампутацияси (чўлтоқ гистерэктомия).** Бу усул тотал экстирпацияга қараганда анча тез бажарилади, камроқ қон йўқотади ва хавфли зона (сийдик найлари, пуфак)га тегилмайди. Бачадон бўйни қолдирилади.

Масала 7 га жавоб: Бу клиника ("юмшоқ" қорин, ичак парези йўқ, лекин юқори иситма ва маҳаллий оғриқ) перитонитга хос эмас. Қиёсий ташхис куйидагилар билан ўтказилиши шарт:

1. **Ўткир пиелонефрит (Ҳомиладорлар ёки чилла даври пиелонефрити):** Ўнг томонлама оғриқ, иситма. Ташхис: Умумий сийдик таҳлили (лейкоцитурия, бактериурия) ва буйраклар УТТси.
2. **Чанок веналарининг тромбофлебити (Айниқса, ўнг тухумдон венаси):** Иситма, ўнг ёнбошда оғриқ. Ташхис: УТТ-Допплерография.

Масала 8 га жавоб:

- **Хавфли асорат:** **Абдоминал компартмент синдроми.** Шишган ичакларни тикилган қорин девори ичига "қамаш" қорин ичи босимини кескин оширади. Бу диафрагмани сиқиб, нафас ва юрак фаолиятини тўхтатади, буйраклар қон айланишини бузади ва ўлимга олиб келади.
- **Афзал усул:** **Лапаростомия ("Очиқ қорин" – Open Abdomen) усули.** Қорин деворини тикилмайди, вақтинчалик "Богота сумкаси" ёки замонавий **VAC-терапия** тизими ўрнатилади.

Масала 9 га жавоб:

- **"Олтин стандарт": Периоперацион антибиотикопрофилактика.** Операциядан 30-60 дақиқа олдин (тери кесилишидан аввал) вена ичига бир марталик юқори дозада антибиотик (масалан, 1-авлод Цефалоспоринлари) юбориш.

Масала 10 га жавоб:

- **Ташхис:** Септик шок. Полиорган етишмовчилиги (ПОН). **Ўткир буйрак етишмовчилиги (анурия боскичи)**, гиперкалиемия (хаёт учун хавфли!).
- **Шошилиш муолажа:** Дарҳол **буйрак ўрнини босувчи терапия** бошлаш. Беморнинг гемодинамикаси ностабил (вазопрессорда) бўлгани учун анъанавий гемодиализ (ИГД) мумкин эмас.
- **Тўғри усул:** Доимий **Вено-Веноз Гемофилтрация (ДВВГФ)** ёки Гемодиофилтрация (ДВВГДФ).

Масала 11 га жавоб:

- **Тактика:** "Ичак ишламаяпти" деб кутиш мумкин эмас. **Эрта энтерал озиқлантиришни** бошлаш керак.
- **Усул:** Беморга юпқа назогастрал (ёки назоинтестинал) зонд қўйилади ва махсус озуқа аралашмалари жуда кичик тезликда (соатига 10-20 мл) инфузомат орқали юбориш бошланади.
- **Нега?** Бу "Ичак – сепсис мотори" концепциясига асосланган. Бу усул ичак шиллиқ қавати атрофияси ва **бактериал транслокациянинг** (ичакдан микробларнинг қонга ўтиши) олдини олади.

Масала 12 га жавоб:

- **Тактика:** **Антибактериал терапияни де-эскалация қилиш** ва мақсадли терапияга ўтиш.

- **Ҳаракат:** Цефтриаксон ва Амикацинни (улар самарасиз) бекор қилиш. "Меропенем"ни (сезгирлиги аниқланган) дарҳол бошлаш. Метронидазолни (анаэробларга қарши) давом эттириш мумкин ёки Меропенемнинг ўзи (агар анаэробларни ҳам ёпса) қолдирилади.

Масала 13 га жавоб: Бу бирламчи профилактика масаласи. Шифокор Кесарча кесишга кўрсатмаларни қайта кўриб чиқиши ва агар имкон бўлса, беморга олдинги операциядан кейин табиий йўллар орқали туғишга (VBAC - Vaginal Birth After C-section) рухсат бериш имкониятларини баҳолаши керак эди. Асоссиз режали операция – бу перитонит учун қўшимча хавфдир.

Масала 14 га жавоб:

- **Ташхис:** Кечки чандиқли-яллиғланиш касаллиги (Спаечная болезнь). Касалликнинг кечиши ўткир ёки сурункали чандиқли ичак тутилишига хос.

Масала 15 га жавоб:

- **Тактика:** Даволашни "муваффақиятли" деб ҳисоблаш мутлақо мумкин эмас!
- **Асос:** Ҳароратнинг бироз тушиши антибиотик ёки иситма туширувчи таъсирида бўлиши мумкин, лекин **Пульснинг 90 дан 110 га ошиши** ("қайчи" белгиси) ва **ичак парезининг** (қорин дам бўлиши) бошланиши – бу интоксикация кучаяётганидан ва жараён эндометритдан перитонитга ўтаётганидан далолат беради.
- **Ҳаракат:** Беморни дарҳол Масала 1 ва 3 даги каби чуқурлаштирилган текширувга (УТТ, ЛИИ) олиш керак.

НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

I. Умумий тушунчалар, этиология ва патогенез (1-боб)

1. "Акушерлик перитонити" тушунчасига таъриф беринг ва унинг умумий жарроҳлик перитонитидан асосий 4-5 та фарқли жиҳатини санаб беринг.
2. Акушерлик перитонитининг асосий этиологик сабабларини (3 та асосий гуруҳ) айтиб беринг. Нима учун бугунги кунда Кесарча кесиш операцияси етакчи сабаб бўлиб қолмоқда?
3. Перитонит ривожланишига замин яратувчи антенатал, интранатал ва постнатал хавф омилларини санаб беринг.
4. Акушерлик перитонитининг патогенезини тушунтириб беринг. Инфекциянинг бачадондан қорин бўшлиғига тарқалиш йўллари (контакт, лимфоген ва б.) ва уларнинг аҳамияти.
5. Нима учун акушерлик перитонити деярли ҳар доим "полимикроб" этиологияга эга? Анаэроб микрофлоранинг бу жараёндаги ролини тушунтиринг.
6. "Ичак – сепсис мотори" концепцияси ва "бактериал транслокация" тушунчаларининг перитонит патогенезидаги ўрнини тушунтиринг.
7. Перитонитнинг тарқалишига кўра (махаллий, тарқоқ, умумий) таснифини ва уларнинг клиник аҳамиятини айтиб беринг.
8. Перитонитнинг клиник кечиши бўйича босқичларини (реактив, токсик, терминал) ва ҳар бир босқичга хос асосий белгиларни тавсифланг.

II. Клиника ва Диагностика (2-боб)

9. Нима учун акушерлик перитонитининг клиник манзараси кўпинча "ўчирилган" ёки "яширин" (маскированный) бўлади? Бунга олиб келувчи 3 та асосий сабабни тушунтиринг.
10. Перитонитнинг умумий интоксикация белгиларини санаб беринг. "Қайчи" белгиси нима ва унинг диагностик аҳамияти?

- 11.Перитонитнинг маҳаллий (абдоминал) белгиларини тавсифланг. Нима учун Щеткин-Блюмберг белгиси акушерлик перитонитида ишончсиз белги ҳисобланади?
- 12."Паралитик ичак тутилиши" (парез) белгиларини (клиник, аускультатив) айтиб беринг. "Қабр жимлиги" феномени нима?
- 13.Акушерлик перитонитига гумон қилинганда бимануал (қин орқали) текширувнинг аҳамияти ва унда аниқланадиган асосий белгилар ("Дуглас йиғиси").
- 14.Перитонитда умумий қон таҳлилидаги хос ўзгаришлар (лейкоцитоз, чапга силжиш). Лейкопения кузатилиши нимадан далолат беради?
- 15.Лейкоцитар интоксикация индекси (ЛИИ) нима ва унинг перитонит оғирлигини баҳолашдаги ўрни?
- 16.Акушерлик перитонитига гумон қилинганда УТТ текширувининг ("олтин стандарт") вазифалари ва унда аниқланадиган 3 та асосий белги.
- 17.Қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси ва Компьютер томографияси (КТ) перитонит диагностикасида қандай ҳолларда ва нима мақсадда қўлланилади?
- 18."Диагностик лапароскопия"нинг перитонит ташхисотидаги ўрни, унинг афзалликлари ва қачон лапаротомияга ўтиш керак?
- 19.Акушерлик перитонитини оғир эндометрит ва механик ичак тутилишидан қиёсий ташхислашнинг асосий мезонлари.
- 20.Акушерлик перитонитини чаноқ веналари тромбофлебити ва ўткир пиелонефритдан қандай фарқлаш мумкин?

III. Интенсив терапия (3-боб)

- 21.Акушерлик перитонитида даволашнинг умумий стратегияси ва асосий тамойилларини айтиб беринг.
- 22."Операциягача тайёргарлик" ("терапевтик ойна") нима? Унинг мақсади ва оптимал давомийлиги.
- 23.Операциягача тайёргарликнинг 3 та асосий йўналишини (инфузия, антибиотик, органларни қўллаб-қувватлаш) тавсифланг.

24. Перитонитда инфузион-трансфузион терапиянинг мақсадлари ва асосий тамойиллари. Мувозанатлашган кристаллоидларнинг афзаллиги.
25. "Эмпирик антибактериал терапия" нима ва унга қўйиладиган асосий талаблар (камров доираси, юбориш йўли).
26. "Сепсис" ва "Септик шок" (Sepsis-3) таърифларини ва улар ўртасидаги фарқни тушунтиринг.
27. Септик шокни даволашнинг "Биринчи соат дастаси" (Hour-1 Bundle) тамойилларини санаб беринг.
28. Септик шокда вазопрессорлар (Норадреналин) қачон ва нима мақсадда қўлланилади?

IV. Жарроҳлик давоси (4-боб)

29. Акушерлик перитонитида нима учун лапароскопия даволаш усули сифатида қўлланилмайди ва кенг ўрта лапаротомия афзал кўрилади?
30. Қорин бўшлиғи ревизиясининг асосий босқичлари ва тартибини айтиб беринг.
31. Тарқоқ йирингли перитонитда "органи сақловчи" (бачадонни тикиш) операциясига уринишнинг хавфли жиҳатларини (3 та асосий сабаб) тушунтиринг.
32. Акушерлик перитонитида жарроҳлик ҳажмини танлаш. Қайси ҳолатларда бачадонни субтотал ампутацияси (чўлтоқ гистерэктомия) ва қайси ҳолларда тотал экстирпацияси бажарилади? (Жадвал 4.1. асосида).
33. "Damage control surgery" (зарарни назорат қилиш) тамойили нима ва у перитонитда қачон қўлланилади?
34. Қорин бўшлиғини санация қилишнинг замонавий тамойиллари. Нима учун иситилган физиологик эритма антисептиклардан афзал?
35. Қорин бўшлиғини дренажлашнинг мақсади ва асосий қоидалари (қаерга ва қандай дренажлар қўйилади?).

36.Операцияни якунлаш усуллари: "дастурлаштирилган реллапаротомия" ва "лапаростомия" ("очиқ қорин"). Уларнинг моҳияти ва қўлланишга кўрсатмалар.

37."Абдоминал компартмент синдроми" нима ва унинг хавфи лапаростомия усулини танлашга қандай таъсир қилади?

V. Операциядан кейинги давр ва асоратлар (5 ва 6-боблар)

38."Антибактериал терапияни де-эскалация қилиш" тамойилини тушунтириб беринг.

39."Эрта энтерал озиқлантириш"нинг аҳамияти ва унинг "бактериал транслокация" олдини олишдаги роли.

40.Акушерлик перитонитининг **эрта** (давом этувчи перитонит, абсцесслар, ичак оқмаси) ва **кечки** (чандиқли касаллик, бепуштлик, чурралар) асоратларини санаб беринг.

VI. Профилактика ва Прогноз (6-боб)

41.Акушерлик перитонитининг **бирламчи профилактикаси** нималарга асосланади? (Кесарча кесиш ва антибиотикопрофилактика роли).

42.Акушерлик перитонитининг **иккиламчи профилактикаси** нима? (Эндометритни даволаш тактикаси).

43.Перитонитда бемор прогнозига ва ўлим хавфига таъсир этувчи асосий 4 та омилни санаб беринг.

44."Пост-сепсис синдроми" (PSS) нима ва у ўзини қандай намоён қилади?

45.Акушерлик перитонитида **ЎАТЭ** (ўпка тромбоземболияси) профилактикасининг асосий йўналишларини айтиб беринг.

46."Ўткир респиратор дистресс-синдром" (ОРДС)да ЎСВнинг "ўпкани химоя қилувчи" режими қандай амалга оширилади?

47.Нима учун септик шокдаги ностабил беморда доимий вено-веноз гемофилтрация (ДВВГФ) анъанавий гемодиализ (ИГД)дан афзал ҳисобланади?

- 48.Операциядан кейинги даврда ривожланган қорин бўшлиғи абсцессларининг клиникаси ва диагностикаси.
- 49.Операциядан кейинги ичак парезини даволашнинг асосий тамойиллари.
- 50.Сизнингча, акушерлик перитонитидан ўлимни камайтиришда энг муҳим омил нима: янги антибиотиклар, замонавий реанимация жиҳозлари ёки шифокорнинг "диагностик ҳушёрлиги"? Жавобингизни асосланг.

ГЛОССАРИЙ

1. **Абдоминал компартмент синдроми** – Қорин бўшлиғида босимнинг кескин ошиши натижасида ички аъзолар (буйрак, ўпка, юрак) фаолиятининг издан чиқиши. Кўпинча ичак парези ва шиши фонида ривожланади.
2. **Абсцесс (қолдик абсцесс)** – Қорин бўшлиғининг бирор қисмида (мас., диафрагма ости, ичаклар ораси) йирингнинг чегараланган ҳолда тўпланиши.
3. **Аднексэктомия** – Бачадон ортиқларини (бачадон найлари ва тухумдонларни) жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш.
4. **Акушерлик перитонити** – Инфекция манбаи кичик чанок аъзоларида (бачадон, найлар) жойлашган ва ҳомиладорлик, туғруқ ёки Кесарча кесиш билан боғлиқ бўлган қорин пардасининг йирингли яллиғланиши.
5. **Анаэроблар** – Кислородсиз муҳитда яшайдиган ва ривожланадиган микроорганизмлар (мас., Бактероидлар). Перитонитнинг ўта оғир кечишига сабаб бўлади.
6. **Антибиотикопрофилактика (периоперацион)** – Кесарча кесиш операциясидан 30-60 дақиқа олдин, инфекцион асоратларнинг олдини олиш мақсадида бир марталик антибиотик юбориш.
7. **Антибактериал терапия (эмпирик)** – Бактериологик экиш жавоби чиққунча, тахмин қилинган барча микробларга (кенг қамровли) қарши бошланадиган антибиотик давоси.
8. **Бактериал транслокация** – Ичак деворининг барьер функцияси бузилиши натижасида ичакдаги микроблар ва уларнинг токсинларининг қон оқимиغا ўтиши. Сепсисни кучайтиради.

9. **"Биринчи соат дастаси" (Hour-1 Bundle)** – Септик шокка гумон килинган биринчи соат ичида бажарилиши шарт бўлган 5 та ҳаётий муҳим муолажа (лактатни ўлчаш, қон экиш, антибиотик, инфузия, вазопрессор).
10. **Вазопрессорлар** – Қон томирларни торайтириб, септик шокда тушиб кетган қон босимини кўтарувчи дорилар (мас., Норадреналин).
11. **ВТЭА (веноз тромбоэмболик асоратлар)** – Операциядан кейинги даврда оёқ веналарида тромб ҳосил бўлиши ва унинг ўпка артериясига ўтиши (ЎАТЭ).
12. **Гемо(диа)филтрация (Доимий Вено-Веноз)** – Септик шокда қўлланиладиган "секин" ва "юмшоқ" гемодиализ усули. Қон босимини туширмайди ва яллиғланиш медиаторларини ҳам тозалайди.
13. **Гипергликемия (Стресс-гипергликемия)** – Сепсис ҳолатида организмнинг стресс-гормонлари таъсирида қонда қанд миқдорининг (диабет бўлмаса ҳам) ошиши.
14. **Гиперкатаболизм** – Сепсисда организмнинг ўзини-ўзи "емириш" ҳолати, инфекцияга қарши кураш учун мушак оқсилларининг кескин парчаланиши.
15. **Гиповолемия** – Қон томир ўзанида айланаётган суюқлик ҳажмининг кескин камайиши (перитонитда суюқлик қорин бўшлиғига чиқиб кетади). Шокка олиб келади.
16. **Гистерэктомия (Тотал экстирпация)** – Бачадонни бачадон бўйни билан биргаликда тўлиқ олиб ташлаш.
17. **Гистерэктомия (Субтотал ампутация)** – Бачадон танасини олиб ташлаб, бачадон бўйнини қолдириш (чўлтоқ гистерэктомия).

18. **Дастурлаштирилган релапаротомия** – Қорин бўшлиғини бир неча кун давомида (24-48 соат оралиқда) режали равишда қайта-қайта очиш ва санация қилиш усули.
19. **Де-эскалация (Антибиотик терапияда)** – Бактериологик экиш жавоби чиққач, кенг камровли кучли антибиотикни аниқланган микробга таъсир килувчи тор доирадаги (заифроқ) антибиотикка алмаштириш.
20. **Диффуз перитонит (Тарқоқ перитонит)** – Яллиғланиш жараёнининг қорин бўшлиғининг бир нечта (2-5 та) анатомик соҳасига тарқалиши.
21. **Дренажлаш** – Операциядан сўнг қорин бўшлиғида ҳосил бўлувчи патологик суюқликни (йиринг, экссудат) ташқарига чиқариш учун махсус найчалар ўрнатиш.
22. **"Дуглас йиғиси"** – Қин орқали текширувда орқа гумбазни (Дуглас бўшлиғини) босганда, у ерда йиринг тўплангани сабабли беморнинг кескин оғриқдан қичқириб юбориши.
23. **"Ичак – сепсис мотори"** – Ичак барьер функциясининг бузилиши (очлик, парез tufayli) ва унинг бактериал транслокация орқали бутун организм учун доимий сепсис манбаига айланишини англатувчи концепция.
24. **Ичак оқмаси** – Ичак деворининг йирингли жараён ёки жарроҳлик травмаси туфайли эриши (тешилиши) ва ичак таркибининг қорин бўшлиғига ёки ташқарига чиқиши.
25. **Ичак парези (Паралитик илеус)** – Перитонитда интоксикация ва яллиғланиш ҳисобига ичак мушакларининг фалажланиши, ҳаракатдан тўхташи.
26. **Кесарча кесиш** – Ҳомилани қорин олд девори ва бачадонни кесиш орқали туғдириб олиш операцияси.

27. **"Клойбер косачалари"** – Ичак парезида қорин бўшлиғи обзор рентгенографиясида кўринадиган, ичак қовузлоқларидаги суюқлик ва газ сатҳлари.
28. **Коллоидлар** – Инфузион терапияда қўлланиладиган, юқори молекуляр оғирликка эга эритмалар (мас., Альбумин). Суюқликни томир ўзанида ушлаб туради.
29. **Кристаллоидлар (Мувозанатлашган)** – Инфузион терапияда қўлланиладиган, таркиби қон плазмасига яқин бўлган тузли эритмалар (мас., Рингер Лактати).
30. **"Қабр жимлиги"** – Ичак парезининг авж нуқтасида қоринни эшитиб кўрганда (аускультация) ичак шовқинларининг бутунлай эшитилмаслиги.
31. **"Қайчи" белгиси (Пульс ва ҳарорат диссоциацияси)** – Тана ҳароратининг нисбатан пастлиги (мас., 37.8°C) фонида пульс тезлигининг кескин юқори бўлиши (мас., 110-120/дақ). Оғир интоксикация белгиси.
32. **Лапароскопия (Диагностик)** – Ташхис қўйиш мақсадида қорин бўшлиғига кичик тешик орқали видеокамера киритиб, аъзоларни кўздан кечириш.
33. **Лапаростомия ("Очиқ қорин")** – Ўта оғир перитонитда қорин олд деворини тикмасдан, очиқ қолдириш усули.
34. **Лапаротомия (Кенг ўрта)** – Қорин бўшлиғини киндикдан юқори ва пастда, ўрта чизик бўйлаб кенг кесиб очиш. Перитонитда "олтин стандарт" оператив йўл.

35. **Лейкопения** – Қонда лейкоцитлар сонининг кескин камайиб кетиши. Перитонитда бу ўта ёмон прогностик белги (организм курашмай қўйгани) ҳисобланади.
36. **ЛИИ (Лейкоцитар интоксикация индекси)** – Қон таҳлилидаги турли лейкоцитар ҳужайралар нисбати асосида ҳисобланадиган, эндотоксикоз оғирлигини кўрсатувчи индекс.
37. **Метропатия** – Кесарча кесишдан кейинги бачадондаги чокларнинг етишмовчилиги, ажралиб кетиши.
38. **Норадреналин** – Септик шокда қон босимини кўтариш учун қўлланиладиган биринчи танлов вазопрессор дори воситаси.
39. **Нутритив қўллаб-қувватлаш** – Оғир беморларни (сепсис, операциядан кейин) организмнинг энергия ва оксил сарфини қоплаш учун махсус усуллар (зонд, вена) орқали озиқлантириш.
40. **ОРДС (Ўтқир респиратор дистресс-синдром)** – Сепсис фонида ўпка тўқимасининг шикастланиши ва шишиши ("шок ўпкаси"), оғир нафас етишмовчилигига олиб келади.
41. **Панометрит** – Бачадоннинг барча уч қаватининг (эндометрий, миометрий, периметрий) бир вақтда яллиғланиши.
42. **Парентерал озиқлантириш** – Озуқа моддаларини (оксил, ёғ, углевод) вена томири орқали юбориш.
43. **Пельвиоперитонит** – Яллиғланиш жараёнининг фақат кичик чанок қорин пардаси билан чегараланиши (маҳаллий перитонит).
44. **Прогноз** – Касалликнинг келажакдаги кечиши ва оқибати ҳақида илмий асосланган башорат.

- 45.**Ревизия (Қорин бўшлиғи)** – Операция вақтида қорин бўшлиғидаги барча аъзоларни ва "чўнтақларни" синчиклаб, тизимли равишда кўздан кечириш.
- 46.**Санация (Қорин бўшлиғи)** – Операция вақтида қорин бўшлиғини йиринг, фибрин ва некротик тўқималардан механик тозалаш ва катта микдордаги эритма билан ювиш.
- 47.**Сепсис (Sepsis-3 бўйича)** – Инфекцияга нисбатан организмнинг назоратдан чиқиб кетган тизимли яллиғланиш жавоби + аъзолар дисфункцияси.
- 48.**Септик шок** – Сепсис фонида, етарли суюқлик қуйилишига қарамай, қон босимини ушлаб туриш учун вазопрессорлар талаб этиладиган ўта оғир ҳолат.
- 49.**"Терапевтик ойна"** – Перитонит ташхиси қўйилгандан сўнг операциягача бериладиган 2-4 соатлик қисқа, аммо ўта интенсив тайёргарлик даври.
- 50.**"Ўчирилган" клиника** – Акушерлик перитонитига хос бўлган, касаллик белгиларининг (оғриқ, мушак таранглиги) яққол намоён бўлмаслиги, "яширин" кечиши.
- 51.**ЎСВ (Ўпкани сунъий вентилляцияси)** – Нафас етишмовчилигида ёки оғир шокда беморни махсус аппарат ёрдамида сунъий нафас олдириш.
- 52.**Фибрин** – Яллиғланиш жараёнида қон плазмасидан ҳосил бўлувчи оқсил иплари. Перитонитда қорин пардасини ва ичакларни "ёпиштириб" қўяди.
- 53.**Хориоамнионит** – Туғруқ вақтида ҳомила пардалари ва амниотик суюқликнинг инфекцияланиши.

54. **Битишма касаллиги** – Перитонитдан кейин қорин бўшлиғида кўплаб чандиқлар (спайкалар) ҳосил бўлиши. Кечки ичак тутилишига олиб келади.
55. **Чок етишмовчилиги (Метропатия)** – Кесарча кесишдан кейинги бачадондаги чокларнинг ажралиб кетиши. Перитонитнинг асосий сабабларидан бири.
56. **Шеткин-Блюмберг белгиси** – Қорин пардасининг таъсирланиш белгиси (қўлни қориндан тез олганда оғриқнинг кучайиши). Акушерлик перитонитида кўпинча манфий ёки кучсиз бўлади.
57. **Экссудат** – Яллиғланиш натижасида томирлардан қорин бўшлиғига чиқадиган суюқлик (сероз, фибриноз, йирингли).
58. **Энтерал озиқлантириш (Эрта)** – Операциядан кейинги эрта даврда (24-48 соат) беморни зонд орқали ошқозон-ичак тракти орқали озиқлантириш. "Бактериал транслокация"нинг олдини олади.
59. **Эндометрит** – Бачадон ички шиллиқ қаватининг (эндометрий) яллиғланиши. Перитонитнинг "бошланғич нуқтаси" бўлиши мумкин.
60. **VAC-терапия (Вакуум-ассистентланган ёпиш)** – "Очиқ қорин" (лапаростома)ни даволашда қўлланиладиган, манфий босим ёрдамида экссудатни сўриб, жароҳат битишини тезлатувчи замонавий усул.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г. и др. Акушерство: национальное руководство. 2-е издание. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2018. 1088 с.
2. Айламазян Э.К. Акушерство: учебник для медицинских вузов. 9-е издание. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2015. 704 с.
3. Кулаков В.И., Серов В.Н., Гаспаров А.С. Гинекология: национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2017. 1008 с.
4. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. 4-е издание. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2014. 1024 с.
5. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В., Тимохина Е.В., Белоцерковцева Л.Д. Акушерство: учебник. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2014. 1002 с.
6. Рябов Г.А., Семенов В.Н., Терентьева Л.М. Экстренная анестезиология. Медицина, Москва, 2010. 384 с.
7. Руксин В.В. Неотложная кардиология. 7-е издание. БИНОМ, Москва, 2010. 512 с.
8. Гельфанд Б.Р., Салтанов А.И. Интенсивная терапия: национальное руководство. В 2-х томах. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2011. Том 1: 960 с., Том 2: 784 с.
9. Cunningham F.G., Leveno K.J., Bloom S.L., et al. Williams Obstetrics. 25th Edition. McGraw-Hill Education, 2018. 1358 p.
10. Gabbe S.G., Niebyl J.R., Simpson J.L., et al. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 7th Edition. Elsevier, 2017. 1232 p.
11. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Bacterial Sepsis in Pregnancy (Green-top Guideline No. 64a). RCOG, London, 2012.
12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Bacterial Sepsis following Pregnancy (Green-top Guideline No. 64b). RCOG, London, 2012.
13. World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. WHO, Geneva, 2015. 32 p.

14. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. 2nd ed. WHO, Geneva, 2017. 394 p.
15. Pacheco L.D., Saade G., Costantine M.M., et al. An update on the use of antibiotics in obstetric patients. *Obstet Gynecol Surv.* 2013;68(11):787-798.
16. Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W., et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):801-810.
17. Rhodes A., Evans L.E., Alhazzani W., et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med.* 2017;43(3):304-377.
18. Dellinger R.P., Levy M.M., Rhodes A., et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock, 2012. *Intensive Care Med.* 2013;39(2):165-228.
19. Bauer M.E., Bateman B.T., Bauer S.T., et al. Maternal sepsis mortality and morbidity during hospitalization for delivery: temporal trends and independent associations for severe sepsis. *Anesth Analg.* 2013;117(4):944-950.
20. Acosta C.D., Knight M., Lee H.C., et al. The continuum of maternal sepsis severity: incidence and risk factors in a population-based cohort study. *PLoS One.* 2013;8(7):e67175.
21. Bowyer L., Robinson H.L., Barrett H., et al. SOMANZ guidelines for the investigation and management sepsis in pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2017;57(5):540-551.
22. Plante L.A., Pacheco L.D., Louis J.M. SMFM Consult Series #47: Sepsis during pregnancy and the puerperium. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;220(4):B2-B10.
23. Smaill F.M., Grivell R.M. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(10):CD007482.

24. Kenyon S., Boulvain M., Neilson J.P. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(12):CD001058.
25. Bamigboye A.A., Hofmeyr G.J. Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section: short- and long-term outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(8):CD000163.
26. Maternal Sepsis Recognition and Initial Management. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin No. 211. Obstet Gynecol. 2019;133(4):e1-e17.
27. European Society of Intensive Care Medicine. Clinical Practice Guidelines for the Management of Sepsis and Septic Shock in Obstetric Patients. Intensive Care Med. 2018;44(6):806-828.