

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI OLIY VA ORTA MAHSUS TA'LIM VAZIRLIGI

M.S. Choliev, F.F. Boyahmedov, Sh.Sh. Holmetov

**BOLALARDA YUMSHOK TO'QIMA, SUYAK VA
BUĞUMLARNING YIRINGLI YALLIĞLANISH
KASALLIKLARI**

**O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta Mahsus
Ta'lim Vazirligi tomonidan
Tibbiyot oliy ta'lim muassalari talabalari uchun
o'quv-qo'llanma sifatida tavsiya etiladi**

Toshkent - 2013

Taqrizchilar:

1. **Beknazarov Jumanazar Beknazarovich** - tibbiyot fanlari doktori,
ToshVMOI "Hirurgiya, bolalar hirurgiyasi kursi bilan" kafedrası
professori.
2. **Hamraev Abdurashid Juraqulovich** - tibbiyot fanlari doktori, ToshPTI
"Gospital bolalar hirurgiyasi, onkologiya kursi bilan" kafedrası
professori.
3. **Egamberdiev Azamat Rahimberdievich** -
TosPMI "O'zbek rus va lotin tillari kafedrası" katta o'qituvchisi

Ushbu o'quv qo'llanmada, chaqaloqlik davrida va boshqa yoshdagi bolalarda yumshoq to'qima, suyak va bu'gumlarda bo'ladigan yiringli yalliqlanish kasalliklariga bag'ishlangan. qo'llanmada kasalliklarning uchrashi boyicha ketma - ketligi va klinikasi, diagnostikasi, differensial diagnostikasi, davolash prinsiplari va asoratlari, tushunarli qilib yoritilgan. O'quv qo'llanmaning har bir bobida nazorat savolari, qo'llanmaning ohirida barcha boblarga tegishli bo'lgan test sinovlari va vaziyatli masalalar keltrilgan. O'quv qo'llanma tibbiy oliy o'quv yurtlari talabalarining tegishli mavzularda o'z bilimlarini oshirishda foydali manba bo'la oladi.

Choliev Matyoqub Sulaymonovich

Tibbiyot fanlari nomzodi.

ToshPTI Fakultet bolalar hirurgiya kafedrasi dosenti.

Boyahmedov Fathulla Fayzievich

ToshPTI Fakultet bolalar hirurgiya kafedrasi katta oqituvchisi.

Holmetov Shuhrat Shamhatovich

ToshPTI Fakultet bolalar hirurgiya kafedrasi assistenti.

Qisqartirilgan sozlar

G/l - gramm litr

DFK - davolovchi fizkultura

KT - kompyuter tomografiya

SM - santimetr

UVCh - ultravisokie chastota

UTT - ultratovush tekshiruvi

UFN - ultra fioletiv nurlash

? GO - ?tkir gematogen osteomielit

EO - epifizar osteomielit

EChT - eritrositlarning ch?kish tezligi

"Oila bor ekan, farzand deb atalmish bebaho nemat bor"
Farzand bor ekan, odamzod hamisha ezgu orzu va intilish
bilan yashaydi.

I.A. Karimov

Kirish

1989 yil 21 oktyabrda - davlat tili to'g'risida qonun qabul qilindi. 1991 yil 31 avgust – O'zbekiston mustaqilligi to'g'risida deklarasiya qabul qilindi. 1 sentyabr demokratik respublika "O'zbekiston Respublikasining" Mustaqillik kuni deb e'lon qilindi.

Dunyo haritasida yana bitta mustaqil, to'la huquqli, suverin davlat – O'zbekiston Respublikasi paydo bo'ldi. Mustaqillikga erishganimizdan keyin o'zbek tiliga katta etibor qaratildi, barcha sohalar qatorida, tibbiyotda ham kitob va qo'llanmalar chop qilina boshlandi. Shu jumladan o'zbek tilida " Bolalar hirurgiyasi" fanidan kitob va bir necha qo'llanmalar yozilib bosmadan chiqarildi. Respublikamizda tibbiyotning boshqa sohaları qatorida, bolalar hirurgiyasi, rivojlandi, kengaydi va malakali tibbiy yordam ko'rsatish yo'lga qo'yildi. Millatimizning tibbiy salohiyat yuksaldi. Bizning kafedramizda, torakal (ko'krak), obdominal, urologiya va chaqaloqlar hirurgiyasi bo'yicha izlanish, ilmiy yo'nalishlar olib borildi. ToshPTI klinikasida boshqa sohalar qatorida, hirurgik infeksiyaga etibor qaratildi va ilmiy-amaliy ishlar olib borildi. Uzoq yillik ish natijalari tahlil qilindi va ushbu qo'llanmaga kritildi. Mustaqillik yillarida, klinikamiz bo'limlarida, davolangan bemorlarning kasallik tarihi va adabiyotlardagi ma'lumotlarga asoslanib, tibbiyot institutlari talabalari uchun o'zbek tilida ilk bor qo'llanma yozishga qaror qilindi.

Qo'llanma, kafedra va klinika hodimlari tomonidan olib borilgan uzoq yillik ish tajribalariga, ularning uzoq yillik natijalariga asoslanib yozildi. Ushbu qo'llanma o'zbek tilida ilk bor yozilayotganligi sababli, kamchilik va hatoliklar bo'lishi muqarrar. Zamonaviy tibbiyotdagi hirurgiya infeksiya tushinchasi, hozirgi zamon darajasida yoritildi. Soha mutahassislarning intilish va ishonchini mustahkamlashda ushbu qo'llanma yordam beradi degan umiddamiz.

ToshPTI "Fakultet bolalar xirurgiya"
Kafedrasi docenti, t.f.n:

M.S. Go'liyev

I – Bob. Umumiy masalalar
Hirurgik infeksiyaning, etiopatogenezi, infeksiyaning organizimga
tushish yo'llari, o'choqlari, organizimda boladigan
mahaliy va umumiy o'zgarishlar
Chaqaloqlik davrida boladigan anotomo-fiziologik o'zgarishlar

Tibbiyotga asos solinmasdan oldin ham bakteriHirurgik infeksiya, etiopatogenez, bolalar organizimida b'ladigan mahaliy va umumiy y'zgarishlarya, virus, mikroblar, bo'lga, insonlarda ular to'g'risida tushuncha bo'lgan va ularga qarshi kurashish chora tadbirlar ishlab chiqilgan. Ilm - fan, tibbiyot rivojlanib, ularning turlari yana ham chuqur o'rganildi. Yillar davomida olib borilgan ilmiy- amaliy tajribaga asoslanib, infeksiyaning oldini olish, ularga qarshi kurashish chora tadbirlari mukammallashtirildi. Biz ularga qarshi qancha kurashmaylik, insoniyat bilan yonma - yon, birga yashayotgan, ko'zga ko'rinmas bir mavjudot haligacha insoniyat hayotiga haf solib kelmoqda. Yashash turmush tarzimizga oddiy gigiena qoidalariga amal qilmas ekanmiz, demak kasallikni chaqiruvchisi uchun qulay muhit yaratamiz. Bolalar organizimining, anotomofiziologik xususiyati, teri yuzasida bo'ladigan turli jarohatlar sababli bo'ladigan yumshoq to'qimalarning yiringli yallig'lanishlari kasalliklari hozirda ham tez - tez uchrab turadi. Infeksiya nafaqat tashqaridan, balki ichki a`zoldagi manbalardan ham o'z ta`sirini ko'rsatadi. Birgina yuqori nafas yo'lida 50% stafilakokklar saqlanadi. Hori j mutahasisslarining fikricha, biz bilgan bakteriyalar har o'n bir yilda, er qitasini bir marotaba aylanib chiqar ekan. Bizga qaytib kelgunga qadar o'z patogenligini, qarshilik kuchini yanada oshirib, ikkinchi, uchunchi va keyingi davr antibiotiklariga chidamli bo'lib keladi, shu sababli kasallikning klinik ko'rinishlari atipik ko'rinishlarda kechadi.

Hirurgik infeksiya tushunchasi, aseptika va antiseptika bilan birga fanga kirib keldi. Fizikaviy, mehanik, himiyaviy, biologik antiseptika vositalari yordamida, yiringli hirurgik kasalliklarni davolash bilan birga ularning asoratlanishining, oldini olishga, kamaytirishga, bartaraf qilishga erishildi. Antibiotiklar ishlab chiqilgandan keyin, streptakokklarga qattiq zarba berildi va ularni kamaytirishga, ba`zi bir hollarda batamom yo'qotishga erishildi. Lekin keyingi davrda ulardan o'laroq, stafilakokklar keng avj olib og'ir asoratlarga va erta yoshdagi bolalar orasida o'limga sabab bo'lmoqda. Antibiotiklarni keng qo'llash natijasida, yiringli yallig'lanishlarni chaqiruvchi mikrofloralar, o'z xususiyatlarini o'zgartirib (mutasiyalanib), o'z chidamligi oshirdi, antibiotiklarga sezuvchanligi bir muncha susaydi. Hirurgik operasiyalardan keyin bo'ladigan asoratlar ko'payib, o'tkir yiringli yallig'lanishlar, surunkali jarayonga o'tib, bolalar orasidagi o'lim ko'paydi. Yiringli jarayoni chaqiruvchi infeksiya, hirurgiyaning dolzarb muamosiga aylandi. Hozirda biz beshinchi davr antibiotiklariga etib keldik. Endi nima qilamiz, keyingi davr antibiotiki qaysi infeksiyaga qarshi yaratiladi degan savol tug'iladi. Bunga javoban, mutahasis immunologlar o'z fikirlarini bildirmoqda. Erta yoshdan boshlab bola organizimidagi immunogrammani o'rganish va immun holatini kuchaytrishgina infeksiyaga qarshi chora bo'ladi.

Keyingi davrda hirurgiyada kuzatilayotgan asoratlar, klinistlarni va boshqa soha mutahasislarini o'ziga jalb qildi. Bo'lib o'tgan halqaro hirurglar jamiyatining XX1U kongresida, yiringli kasalliklarni oldini olish (profilaktika) va davolash masalasi ko'rildi. Viruslarga qarshi kurashish chora tadbirlari to'g'risida fikirlashildi. Jahon adabiyotlaridagi berilgan ma'lumotlar, tavsiyalar va o'z tajribamiz davomida ko'rgan bilganlarimizni umumiyalashtirib qo'lanmani boyitishga harakat qildik.

Yiringli infeksiya (nospesifik yiringli infeksiya) - bola organizimida, turli hildagi mikrofloralar, sababli kelib chiqadigan yiringi yallig'lanish jarayoni. Yiringli kasalliklarni qo'zg'atuvchilariga, stafilakokk, streptakokk, ichak tayoqchasi, gonokokk, pnevmakokk, ko'k yiring tayoqchasi va boshqalar kiradi. Bitta (monoinfeksiya) yoki bir nechata (kompleks) infeksiya birgalikda yiringli yallig'lanishni chaqirishi mumkin bo'ladi. Yiringli infeksiyaning kelib chiqishida, makroorganizimning qarshilik kuchi katta ahamiyatga ega. Mahaliy teri yuzasidagi yoki umumiy organizimning immunologik holat, infeksiyaga qarshilik ko'rsata oladi. Organizimga tushgan mikrofloraning miqdori, virulentligi, sohadagi muhit, nekrotik to'qima, mikroorganizimlarning ko'payishi uchun qulay muhit yaratadi. Yallig'lanish sohasida bo'ladigan o'zgarishlar, organizimning, qon-tomir tarmog'iga va immunobiologik holatiga o'z ta'sirini ko'rsatadi. Umuman olganda, hirurgik kasalliklarning - 50%, yiringli hirurgik kasalliklar egallaydi. Bulardan ko'pchiligi yumshoq to'qimalarda, suyak bo'g'imlardagi bo'ladigan yiringli kasalliklardir. Bu patologik jarayonga: 1) yiringli kasalliklar, 2) o'tkir hirurgik kasalliklardagi, yiringli - destruktiv jarayon, 3) operasion jarohatning yiringlashi, 4) ochiq va yopiq shikastlanishlarda bo'ladigan yiringli jarayonlar kiradi. Butun jahonda, hozirga qadar hirurgik muolajalardan keyin bo'ladigan yiringli yallig'lanishlarni oldini olish va uni davolash masalalari to'liq hal etilmagan. Biz infeksiyaga qarshi qancha kurashmaylik, ular ham himoyalaniish kuchiga ega bo'lmoqda va antibiotiklarga sezuvchanligi susayib bormoqda. Hirurgik infeksiyaning yuzaga kelishida; a) makroorganizimning immunobiologik holati, b) mikroorganizimning virulentligi, v) organizimning anotomo-fiziologik hususiyati, g) umumiy qon-tomir faoliyati, d) bemordagi allergik holat katta rol o'ynaydi. Infeksiya o'chog'idagi nekrotik to'qima, infeksiya uchun ozuqa bo'lib, umumiy va mahaliy qon aylanishining izdan chiqishiga sabab bo'ladi. Ayniqsa erta yoshdagi bolalarda, chaqaloqlarda bo'ladigan yallig'lanishlar; nekrotik flegmona, mastit, psevdofurunkulyoz, omfalit, epifizar osteomielit, o'zidan og'ir asorat (sepsis), qoldirishi bilan birga, ko'pchilik hollarda o'limga sabab bo'lmoqda.

Infeksiyaning organizimga tushishi, ko'payishi uchun ma'lum bir muhit va oziqa kerak bo'ladi. Chaqaloqlar terisining nozikligi, dermal qatlam bilan, epidermaning bir biriga to'liq birikmaganligi, infeksiyaning tushishiga va onsonlik bilan quyi qatlamlarga o'tishiga imkon yaratadi. Shuningdek shu sohadagi qon - tomir, limfa tarmoqlari orqali butun organizimga tarqaladi. Chaqaloqlar yoshida turli infeksiyalarga qarshi immuniten bo'lmaydi, mikroorganizim kuchi makro

organizimdan ustun keladi, jarayon nafaqat atrof to'qimaga, balki butun organizimga tez tarqaladi va bolaning umumiy ahvoli og'irlashadi.

Etiologiyasi. Yiringli infeksiya deb, bola organizimida, patogen yiringli destruktiv jarayoni, chaqiruvchi mikroorganizimga aytiladi. Organizimda yiringli hirurgik infeksiyani qo'zg'atuvchilari, grammanfiy va grammusbat mikroorganizmlardir. Tarqoqligiga ko'ra, quyidagi ketma - ketlikda uchraydi: stafilakokklar, streptakokklar, pnevmokokk, ichak tayoqchasi, ko'k yiring tayoqchasi, protey, meningakokk, aerob, anaerob va boshqalar. Ko'pchilik hollarda yallig'lanishni, monoinfeksiyalar va poliinfeksiyalar (assosiyasi) chaqiradi. Aerob infeksiyalar assosiyasiga, stafilakokklar, ichak tayoqchasi (esherihii) va stafilakokk, ko'k tayoqcha kiradi. Antibiotiklar davriga qadar, yiringli kasalliklarni qo'zg'atuvchisi, asosan streptakokklar bo'lgan. 1940 yildan keyin, stafilakokklar oldingi o'ringa ko'tarilgan. Barcha bo'ladigan yiringli yallig'lanishlarni - 68,7% stafilakokk monokulturalari, 9,9% - ularning assosiyasiyasi, 9,3% - ichak tayoqchasi, 0,6% - streptakokk va proteylar qo'zg'atar ekan. Yakka stafilakokkning o'zi yoki assosiyasiyasi - 78,6%, ichak tayoqchasi - 14,5%, streptakokk - 2,8%, protey - 0,7% va boshqalari 0,1% tashkil etadi. Yiringli infeksiyaning etiologiyasiga shuningdek quyidagi bakteriyalar; Bacterides, Peptecoccus, Peptostreptococcus, Fusobacterium, B. Frasilis bakteriyalar kiradi.

- 1) Grammusbat kokklar; Ruminococcus, Peptococcus, Peptostreptococcus.
- 2) Grammusbat bakteriyalar; Actinomyces, Arachiie, Lactobacillus.
- 3) Grammanfiy bakteriyalar; Bacteroides, Fusobacterium, Campilobacter.
- 4) Grammanfiy kokklar; Viellonella.

Ambulator hirurgiyaga murojat qiladigan bemorlarning har to'rtasida yiringli yallig'lanishlar bo'lsa, kasalhonaga qabul qilinadigan bemorlarning har uchasi, yiringli yallig'lanish kasalliklariga chalinganligi ma'lum bo'ldi.

Patogenezi. Bolalar yoshida infeksiyaning asosiy kirish darvozasi jarohatlangan teri hisoblanadi. Mikroflora organizimga tushganidan keyin ta'sir ko'rasata boshlaydi va destruktiv jarayoni chaqiradi.

Yiringli yallig'lanish jarayoning kelib chiqishida - infeksiyaning virulentligi, patogenligi va organizimning qarshilik kuchi muhim rol o'ynaydi. Bolalar a'zolarida, mikroorganizmlar (infeksiya o'choqlari) ko'p joylashgan sohalarga; yuqori nafas yo'llari, pastgi nafas a'zolari, oshqozon ichak tizimi (og'iz bo'shlig'i, tishlar), jinsiy a'zolar, siydik chiqarish yo'li va teri yuzasi kiradi. Bir so'z bilan aytganda, biz uchun foydali va hayotimizga haf soluvchi mikroorganizmlar biz bilan birga yashaydi. 60 - 70 kg og'irlikdagi odam organizimida 3 kg mikroorganizim yashar ekan. Ko'pchilik kasalliklarning o'choqlari, odam organizimidagi a'zolar; quloq, tomoq, yuqori va pastgi nafas yo'llari o'pkalar va boshqa a'zolarida bo'ladi. Yiringli yallig'lanishning kelib chiqishida, mikroorganizim kuchi, makroorganizimdan ustun keladi va infeksiya qaysi sohada,

a`zoda, joylashsa shu joyda yallig`lanish yuzaga keladi. Jarayon chuqurlashadi, nekrotik to`qima va ajralma hisobiga, teri teri-osti yog` qatlamida mikroorganizim yanada ko`payadi, o`zidan toksinlar ishlab chiqara boshlaydi. Teri, teri ostidagi shish qon, limfa tizimini izdan chiqaradi va jarayon yon atrofga tez tarqaladi. qaysi sohada qon-tomirlar yahshi rivojlanib anastomozlar hosil qilgan bo`lsa, shu sohada, infeksiya tez ko`payadi va tarqaladi. Bu yoshdagi bolalarda immunologik holat bir muncha kuchli bo`ladi va mikroorganizimga qarshilik ko`rsata oladi. Shu sababli bu bolalarda ba`zi bir kasalliklarning mahaliy ko`rinishlari bo`ladi, umumiy belgilari bo`lmasligi mumkin, jarayon chuqurlashsa, umumiy o`zgarishlar kuzatiladi.

Infeksiyaning organizimga tushish yo`llari va uni organizimdagi o`choqlari:

- * Bolalar yoshida infeksiyaning asosiy kirish darvozasi teri hisoblanadi.**
- * Yangi tug`ilgan chaqaloqlarning terisi juda nozik bo`ladi, tez jaroratlanadi epidermis-dermadan o`sishda orqada qoladi, shu sababli infeksiya quyi qatlamlarga jarohat o`rnidan o`tadi va destruktiv o`choqni hosil qiladi**
- * Teri va shilliq qavat jarohatlanishidan (tirnalganda, shillinganda, yulinganda) infeksiya tushadi va yiringli yallig`lanishga sabab bo`ladi.**
- * Ko`pchilik kasalliklarning o`choqlari, odam organizimida - quloq, tomoq, yuqori nafas yullari va o`pkalarda bo`ladi.**
- * Yallig`lanish jarayoning boshlanishida, infeksiya kuchi organizm kuchidan ustun keladi.**

Tug`ma infeksiyalanishlar:

- 1. Virusli qizilcha**
- 2. Virusli sitomegaliya**
- 3. Virusli gerpis**
- 4. Virusli suv chechak**
- 5. Silni qo`zg`atuvchisi**
- 6. Siflisni qo`zg`atuvchisi**
- 7. Malyariyani qo`zg`atuvchisi**
- 8. Immunotantqislik virusi va boshqalar.**

Chaqaloqlik davrida bo`ladigan anotomo-fiziologik o`zgarishlar

Erta yoshdagi bolalar o`rtasidagi bo`ladigan yiringli yallig`lanish kasalliklari o`zidan og`ir asorat qoldirishi bilan birga, ko`pchilik hollarda o`limga sabab bo`lmoqda. Turli adabiyotlardagi ma`lumotlarda bu ko`rsatgich 25 - 30% tashkil qiladi. Ularning asosiy qismini, yumshoq to`qimalardagi bo`ladigan yiringli yallig`lanish kasalliklari; nekrotik flegmona, omfalit, mastit, epifizar osteomielit va ularning asoratlari shular jumlasidandir.

Chaqaloqlarda bo'ladigan yiringli yallig'lanish kasalliklarining klinik ko'rinishi, kechishi, boshqa yoshdagi bolalarda bo'ladigan yiringli yallig'lanishlardan o'laroq farqlanadi. Erta yoshdagi bolalar organizimida bo'ladigan anotomofiziologik, funksional holat, infeksiyaga qarshilik ko'rsata olmaydi, shu sababli, kasallik og'ir kechadi va asoratlanadi.

Markaziy nerv sistemasiga, nafas, yurak, qon - tomir faoliyatiga, stafilakokk o'z ta'sirini kuchini ko'rsatadi. Chaqaloqlik davrida bola organizimida, anotomofiziologik ko'nikma va muvozanatlashish holati, hosil bo'la boshlaydi. Fiziologik, gormonal kriz, fiziologik sariqlik, tana vaznidagi bo'ladigan o'zgarishlar shular jumlasidandir. Chaqaloqlik davrida, analizatorlar tez rivojlanadi, kordinatsion harakatlar boshlanadi, ba'zi bir reflyukslar paydo bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqdagi ko'rinish, harakat, reflyukslar, kundan kunga mukammalashib boradi. (Rasm - 1).



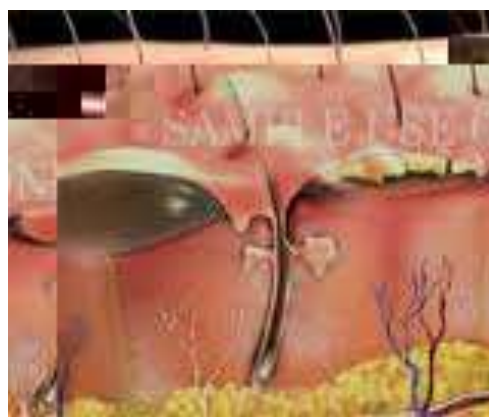
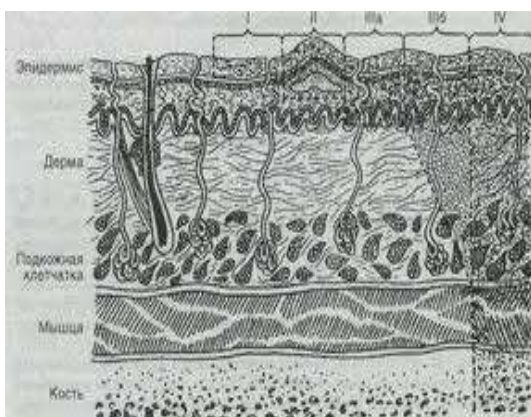
Rasm - 1. Yangi tug'ilgan chaqaloqning ko'rinishi

Chaqaloqlik davrida bola organizimida bo'ladigan murakab jarayoning o'ziga hosligi:

- *Kattalarga nisbatan bolalar organizimining energiyaga bo'lgan talabi 2 - 3 marotaba yuqori bo'ladi.**
- *Bola organizimida qarshilik kuchi sust bo'lganligi sababli, infeksiya ta'sir kuchi va asorati og'ir o'tadi.**
- *Organizmda suv-tuz balanisi va elektrolitlar almashinuvi buzilishidan, suvsizlanish, gipoksiya, distrofiya kuzatiladi.**
- *Teri nafas olishda, yog' qatlami energiya manbai sifatida, so'rilishi jarayonida infeksiya tushishiga va uning ko'payishiga sabab bo'ladi.**
- *Limfa tugunlari va tomirlari yuza joylashganligi sababli yallig'lanishga ta'sirchan bo'ladi.**
- *Umumiy va mahaliy immunitet sust bo'lganligi uchun, teri, teri osti yog' qatlami, nafas, yurak - qon tomir, me'da-ichak tizimi infeksiyaga qarshilik ko'rsata olmaydi.**

***Shu va bir qancha boshqa sabablarga ko'ra, bola organizimida murakkab o'zgarishlar kuzatiladi.**

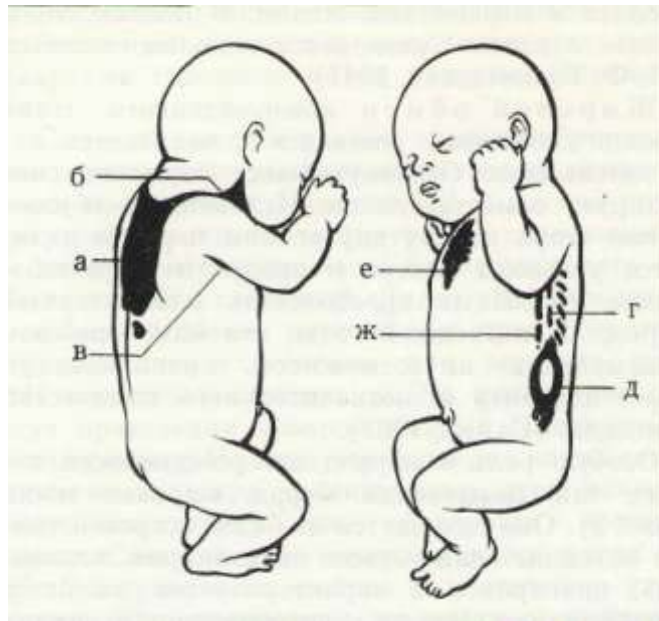
Teri, teri osti yog' qatlami. Chaqaloqlar teri yuzasining umumiy hajmi, katta yoshdagi bolalarnikidan 6-8 marotaba kichik bo'lib, $0,25 \text{ m}^2$ ga teng bo'ladi. Terisining ko'rinishi, och-pushti rangli, yumshoq, silliq, suvga to'yinganligi uchun, shishganga o'hshab ko'rinadi. Tashqi epidermis, ko'p qavatli juda nozik, tez-tez kuchib, qurib tushuvchi epiteliadan tashkil topgan bo'ladi. Epidermisning ostida, zich joylashgan, dermal qatlam bo'ladi. Bu qatlamda, ko'plamchi reseptorlar, yog' va teri bezlari, soch o'zagi, qon tomir va limfa tomirlar joylashgan bo'ladi (rasm - 2). Teri ajratish funksiyasini bajaradi. Teri bezlari orqali organizimdan, qoldiq suv va tuzlar chiqariladi. Shuningdek, teri bola organizimidagi tana haroratini maromida saqlab turishda faol ishtirok etadi.



Rasm - 2. qon tomir va limfa tarmoqlanishi

Ifloslangan teri yuzasining har bir kvadrat santimetrda 40 mingtagacha mikroorganizmlar yashaydi va yallig'lanishlarga sabab bo'ladi.

Teri osti yog' qatlami, bola organizimida bo'ladigan o'sish jarayonida qatnashadi. Ya'ni o'suvchi organizm uchun energiya manbai bo'lib hizmat qiladi. Chaqaloqlarda teri osti yog' qatlami yahshi rivojlangan sohalar; a) kuraklar oralig'i, b) tashqi bo'yin uch burchagi, v) qo'ltiq osti, g) umurtqa pog'ona ravog'i yo'nalishi, d) buyrak atrofi, e) ko'krak qafasi to'sh, j) katta tomirlarni o'rab turuvchi yog' to'qimalari joylashgan sohalar shular jumlasidan (Melichar va Aherne) (rasm - 3).



Rasm - 3. Chaqaloqlarda yog' qatlami yahshi rivojlangan sohalar

Limfa tugunlari - tashqi limfa tugunlariga; bo'yin, ensa, jag' osti, o'mrov usti, o'mrov osti, qo'ltiq osti va chov sohasidagi limfa tugunlari kiradi. Limfa tugunlari 0,5 sm kattalikda, harakatlanuvchi, ta'sirlanuvchi. Yakka tartibda joylashadi, elastik xususiyatga ega bo'lib, bir-biriga va teriga yorishmagan bo'ladi. Ular o'z navbatida filtr vazifasini o'taydi, mikroblarni ushlab qolishda faol ishtirok etadi. Limfa tugunlarida, ko'p miqdorda limfositlar saqlanadi, ular o'z navbatida organizimdagi immun jarayonda qatnashadi. Hamma limfa tomirlari, ko'krak (protok) havzasiga quyiladi. Uch yoshgacha bo'lgan bolalarda limfa sistemasi etilmagan bo'ladi. Limfa tugunlari organizimda to'siq vazifasini bajaraolmaydi, shu sababli, bakterimiya va yiringli yallig'lanishlar kelib chiqadi. Ayniqsa teri yuzasining ko'chuvchanligi, nozikligi sababli, psevdofurunkulyoz yoki abscess bo'lganda, yallig'lanish jarayoni tezda yon atrofga tarqaladi (yog' va teri bezlariga).

Chaqaloqni klinik ko'ruv. Chaqaloqni ko'ruv chog'ida, hona haroratiga va bolaning umumiy ahvoliga etibor qilinadi. Bolani to'liq yechintrilib: boshining soch sohasidan, qo'l, oyoq barmoqlardagi tirnoqlarga qadar sinchkovlik bilan ko'riladi (rasm-4).



Chaqaloqni ko'ruvda. Bolaning badanidagi (teri yuzasidagi), o'zgarishlar: shilinish, jarohat, (treshina, masarasiya) qizarish, shish, ko'karish va boshqalarga etibor qaratiladi. Ko'krak qafasi va sut bezlari sohasida bo'ladigan; shish, ajralma (malaziva), qizarish, infiltrasiya, flyutuasiya va boshqa o'zgarishlarga qorin oldi devori va kindik sohasidagi bo'ladigan o'zgarishlar; qizarish, shish, infiltrasiya, og'riq, qonli - yiringli (aralash), hidli ajralmaga. qo'l - oyoq va bo'g'imlarda bo'ladigan; shish, mahaliy - umumiy haroratga, bolaning bezovtaligiga, yo'rgaklash chog'ida kuchli og'riq evaziga chinqirib yig'lashga, keyinchalik flyuktuasiya va harakat cheklanishiga e'tibor qilinadi. Oraliq a'zolari, orqa chiqaruv teshigi va tashqi siydik chiqarish sohasida bo'ladigan - qizarish, shish, yorilish (treshina) infiltrat, flyuktiasiya, siyganda, ichi kelganda bezovtalanishga, qon ketishga va boshqa bir qancha o'zgarishlar shular jumlasidan.

Yiringli-septik kasalliklar bilan og'rigan chaqaloqlarni tekshirish rejasi.

Laborator diagnostik vositalarga - qoning umumiy va biokimik tahlilari (zaharlanishdagi leykositar indeks), bakterioskopiya, qon va yiringni bakteriologik tekshiruv (qo'zg'atuvchisini va antibiotiklarga sezuvchanligini), immunologik holati aniqlanadi. Stafilakokkli yallig'lanishlarda; neytropeniya, limfasitoz. Grammanfiy floralarda; neytrofileoz, limfopeniya. Streptokokkli yallig'lanishlarda; neytrofileoz, limfopeniya, monositopeniya hos bo'ladi.

Mikrobiologik tekshiruv: barchasida o'tkaziladi, eksudat yoki yiring olinib tekshiriladi. Mikroskopik tekshiruv natijasiga ko'ra, erta tegishli davo muolajasini boshlash va diagnoz qo'yishga yordam beradi. Hozirda ekspress test o'tkazish yo'lga qo'yilgan bo'lib, mikoorganizimning virulentligini aniqlashda katta yordam beradi.

Nur diagnostikasida: UTT, rentgen, K.T va boshqa vositalardan foydalaniladi.

Yiringli yallig'lanishlarning formalari va bosqichlari

Yiringli yallig'lanish kasalliklari, ya'ni hirurgik infeksiyani, klinik kechimiga ko'ra; toksiko-septik (yashin tezligidagi), septiko-piemik va mahaliy formalarga ajratiladi. Kasallikning toksiko-septik va septiko-piemik formalarini, hirurgik sepsis deb ham yuritiladi. Kasallikning bu formalarida bola organizimida kuchli ichki zaharlanish (intoksikasiya) kuzatiladi. Organizimning infeksiyaga qarshi kuchi bo'lmaydi.

Toksiko-septik formasi tez avj oladi, og'ir toksikoz, yuqori lihoradka va neyrotoksikoz simptomlari kuzatiladi. Ba'zi bir mahaliy belgilari, kasallikning boshlanishida umumiy belgilar bilan birga namoyon bo'ladi. Yiringli hirurgik infeksiyaning barcha formalarida, septik shok bo'lishi mumkin. Buning asosiy sababi, haddan tashqari ko'p miqdorda endotoksinlar (proteaz, kinin va

gistaminlarning) qon tarkibiga o'tishi bilan bog'liq bo'ladi. Yurak qon-tomir etishmovchiliklari - kolaps, tahiaritmiya, psihikasining buzilishi va organizimda bo'ladigan allergik reaksiyalar shular jumlasidan. Shokning erta bosqichlarida, siydikning kamayishi, shilliq qatlamlarda quruqlik kasallikga hoslik belgi. Keyingi davrda, qon bosimining tushishi kuzatiladi.

Septiko-piemiya, yiringli yallig'lanish reaksiya jarayoni, toksikozdan ustun keladi. Kasallikning bu formasi ikki va undan ortiq yiringli o'choqlar bo'lishi bilan farq qiladi. Yiringli destruktiv yallig'lanish bir vaqtda bir necha a`zoda yoki ketma ketlikda shu a`zolarida rivojlanishi mumkin.

Mahaliy formasi – ko'pchilik hollarda, yallig'lanishning mahaliy reaktiv ko'rinishlari, umumiy o'zgarishlarsiz kechishi bilan farqlanadi. Vaqt o'tishi bilan, shu sohada qizarish, shish, og'riq, nekroz, infeksiyaning tarqalishi va qonga so'rilishi natijasida, organizimda umumiy o'zgarishlar kuzatiladi. Infeksiyaning tarqalishi toksinlar ishlab chiqarishi natijasida, shish kuchayib tomirlar o'tkazuvchanligi buziladi, gipoksiya, shu sohada mahaliy to'siq va funsiya bo'lmaydi.

Surunkali bosqich kasallikning davomiyligi, vaqtinchalik makroorganizim bilan yiringli yallig'lanish sohasidagi dinamik holatning izdan chiqishi. Ya`ni bunday holatda infeksiya va kasallik qaytalanishi, avj olishi mumkin. Kasallik o'z vaqtida aniqlanib tegishli samarali davo muolajasi o'tkazilmasa, surunkali bosqichga o'tadi.

YIRINGLI INFEKSIYADA BO'LADIGAN MAHALLIY O'ZGARISHLAR:

Yiringli yallig'lanish kasalliklarining mahaliy klinik simptomlariga - qizarish, shish, infiltrat, flyuktiasiya, og'riq (bezovtalik), bo'g'imlarda harakat cheklanishi, harakatlantirganda og'riqning kuchayishi, mahaliy haroratga etibor qaratiladi.

- * Og'riq (bolaning bezovtaligi bilan namoyon bo'ladi),**
- * Yallig'lanish sohasida, a`zoning faoliyati (funksiya) buziladi (harakat cheklanadi).**
- * Yallig'lanish boshlanishida; teri yuzasida qizarish, ko'karish, qorayish (nekroz), shish, infil'trasiya, flyuktiasiya kuzatiladi (chaqaloqlarda).**
- * Ko'krak yoshidagi bolalarda ham kasallikning mahaliy belgilari tez namoyon bo'ladi, teri yuzasida qizarish, ko'karish, shish, infiltrasiya, flyuktiasiya, mahaliy harorat bo'ladi.**
- * Kasallikning umumiy belgilari, mahaliy yallig'lanishning egallagan o'rniga, maydoniga, tarqoqligiga bog'liq bo'ladi.**
- * Chaqaloq va ko'krak yoshidagi bolalarda teri yuzasidagi shishning tez tarqalishi, kuchayishi, nekrozga sabab buladi, ya`ni mahaliy fagositar reaksiya natijasida, infeksiya yon-atrof to'qimalarga tarqaladi, qon va limfa aylanishi izdan chiqadi.**

Infeksiyaga chalingan chaqaloqlarda bo'ladigan umumiy o'zgarishlar

Anoreksiya. Oldin sog'lom bo'lib, keyin ona kŷkragini olmasligi, idishdan (sokadan) suyuqlik ichmasligi, infeksiyadan dalolat beradi. Bolaning sust rivojlanishi, teri yuzasidagi sariqlik (qon kasalliklari va o't yo'llari tug'ma norosoliklar inkor qilinganda), infeksiyaga shubha qilinadi.

Psevdoparalich - alomatlari; artrit, epifizar osteomielit bo'lganida namoyon bo'ladi..

Sepsisga hos bo'lgan asosiy o'zgarish - yurak qon tomir faoliyatida bo'ladigan o'zgarishlar, ko'pchilik hollarda tahikardiya kuzatiladi.

Nafas a`zolar faoliyatida - respirator - sianoz, nafas etishmovchiligi, yo'tal infeksiyaga hos belgi bo'ladi.

Qorin bo'shlig'i a`zolarida bo'ladigan patologik o'zgarishlar - qusish, qorining dam bo'lishi, auskultasiyada ichak shovqini sust yoki (peristaltika) eshitilmaydi.

Markaziy nerv sistemasi faoliyatida bo'ladigan o'zgarishlar – go'dakning sababsiz qichqiriqi, uyqusining buzilishi, liqildoq shishi, talvasa (sudorogi) namoyon bo'ladi.

Petihiya - ineksiya o'rnidan qon ketish va gemorogik diatez alomatlari.

Sklerema - bola o'tkazgan og'ir kasalliklar va infeksiyadan keyin namoyon bo'ladigan holat.

Infeksion lihoradka - tana harorati o'zgaruvchan bo'lishi, kun davomida tez ko'tarilib, tez tushishi, bu septikopiemik lihoradka deyiladi.

Stafilakokkli yallig'lanishlarda qon tahlilida bo'ladigan o'zgarishlar; neytropeniya, limfasitoz, grammanfiy florada - neytrofileoz, limfapeniya, streptakokkli yallig'lanishda - neytrofileoz, limfopeniya, monositopeniya kuzatiladi.

II – Bob. Chaqaloqlik davrida teri - teri osti yog' qatlamida bo'ladigan yiringli yallig'lanish kasalliklari.

Piodermiya - teri yuzasida bo'ladigan yiringli yallig'lanish kasalligi.

Chaqiruvchisi stafilakokk, streptakokk, pnevmakokk, ichak tayoqchasi, protey yoki piokokklar. Piodermiya chaqaloqlarda va ko'krak yoshidagi bolalarda birlamchi yoki ikkilamchi bo'ladi, boshqa kasalliklarning asoratlanishidan kelib chiqadi. Statistik ma'lumotlarga ko'ra bolalarda bo'ladigan teri kasalliklarining 25-60% tashkil qiladi. Bu kasallik terida bo'ladigan barcha kasalliklarning asorati sifatida yuzaga keladi. Teri yuzasida qichishish bo'lganida teri (epidermis) jarohatlanadi va infeksiya tushishidan yiringlaydi. (Yu.K. Skripkin va boshqalar., 1983 y)

Bola hayotining 6 - 8 kunlarida, terisi qurib, kuchib tusha boshlaydi va shu davrda jarohat yuzasidan patogen stafilakokk va boshqa kokklar teri ostiga o'tadi va yallig'lanish jarayonini keltirib chiqaradi (pacm -5).



Rasm - 5. Piodermiya

Yangi tug'ilgan bola organizimida (T - V limfasitlar, makrofag), immunologik sintezlanish jarayoni sust bo'ladi. Ona plasentasidan olgan IgG, bola qonida 6 - 8 oy davomida saqlanadi va o'z kuchini yo'qotadi. Bola organizimidagi qarshilik kuchi sust bo'lganligi uchun, stafilakokkli jarayon og'ir o'tadi. Chaqaloqlik davrida bo'ladigan yiringli yallig'lanishlarning, asosiy sababi infeksiyaning tushish darvozasi jarohatlangan teri yuzasi va kindik hisoblanadi. Piodermiya chaqaloqliklar uchun hafli va asoratli bo'ladi. Bu yoshdagi bolalarda: 1) stafilakokk patogenligi bola organizimidan kuchli bo'ladi; 2) infeksiyaning rivojlanib ko'payishi uchun qulay muhit yaratiladi; 3) stafilakokk terida - teri osti yog' qatlamida va boshqa a'zolarida tez rivojlanish xususiyatiga ega; 4) sepsisga asoratlanish yuqori bo'ladi; 5) kasallikning mahalliy belgilari bartaraf etilgan taqtirda ham, organizimdagi umumiy o'zgarishlar saqlanadi.

Vezikulopustulyoz (sin. periporit) - pufakchanning yiringlashi, chaqaloqlik davrida ko'p kuzatiladigan kasallik. Chaqiruvchilari stafilakokklar. Teri yuzasida turli hajimlarda ifloslangan suvli pufakchalar paydo bo'ladi, ular to'lishadi, yoriladi, yuzasi ochilib qoladi va tezda bitadi (korichka). Chaqaloqning ko'p terlashi (tashqi ta'sirotlar, issiq harorat, yo'rgaklash), qo'ltiq osti, chov sohalaridagi o'zgarish (qizarish-masarasiyalar) sabab bo'ladi. Jarayon cho'zilib, butun teri yuzasi zararlansa, pemfigus yoki chaqaloqlarlar puzirchatkasi deb aytiladi.

Pemfigus (puzirchatka) - teri yuzasida bo'ladigan yiringli yallig'lanish jarayoni bo'lib, chaqiruvchisi stafilakokk yoki streptakokk. Atrofdagi (kasalhonadagi) boshqa bolalarga tarqalish ehtimoli ko'proq bo'ladi. Bel sohalariga, qorin oldi devori va qo'l - oyoqlarning ichki yuzalariga tarqaladi. Ba'zi bir hollarda, bu kasallik og'ir o'tadi va eksfoliativ dermatitga (Ritter kasaligiga) sabab bo'ladi. Teri bo'lak bo'lak holda ko'cha boshlaydi va teri yuzasining ba'zi joylarida katta - katta maydonda ochiqlik qoladi.

Klinikasi. Teri yuzasida, turli joylarda, turli hajimdagi, seroz-yiringli pufaklar ko'rinadi (rasm - 5). Agar ko'plamchi tarqoq pufaklar bo'lsa, bola ahvoli og'irlashadi, tana harorati ko'tariladi (lihoradka). Eksfolitiv dermatitda kuchli (intoksikasiya) ichki zaharlanish, organizimda fuksional o'zgarishlar va uning oqibatida sepsis kelib chiqadi.

Diagnostikasi. Asosan vezikal ko'ruvga asoslanib diagnoz qo'yiladi. Qo'shimcha bakteriologik tekshiruv o'tkaziladi.

Davosi. Pufaklar yorilishini kutmasdan uni ochish zarur. Jarohat maydoni 2% lyaps eritmasi bilan yoki 1% brilliant kuki bilan yuqumsizlantriladi. Bolani steril plyonkaga yo'rgaklanadi. Antibakterial terapiya, UFO, gammoglobulin, vitaminlar buyriladi.

Asorati. Teri yuzasida ko'plamchi absesslar va og'ir asorat sepsis.



Rasm - 5. Chaqaloqlar pemfigusi

Chaqaloqlar skleremasi (sklerema novorojdennih). Bu kasallik teri osti yog' qatlamida, turli hajimdagi, og'riqsiz, qattiq hosila ko'rinishida bo'lib, sekin

rivojlanadi, va ko'p hollarda bemorning umumiy holatida o'zgarishlar bo'lmaydi. Terisi quriq, qattiq, paypaslaganda sovuq. Tana harorati o'zgarishsiz yoki pasaygan bo'ladi.

Psevdofurunkulez - teri bezlarining yiringli yallig'lanishi, yolg'on (sohta) chipqonlar, chaqiruvchisi stafilakokk. Chaqaloqlik davrida teri yuzasida ko'p uchraydigan yiringli yallig'lanish kasalligi. Gigiena qoidalariga amal qilinmasa, terida jarohatlar, ko'p terlash qizarishlar bo'lganida, epidermada, bir nechta (ko'plamchi) yiringli hosilalar kuzatiadi. Ular juda nozik, ba'zan o'zi yorilish hususiyatiga ega bo'ladi. Psevdofurunkulyoz, bola tanasining turli joylarida bo'lishi mumkin, asosan tananing tuklik sohalarda ko'proq uchraydi (rasm - 19).



Rasm - 19. Psevdofurunkulyoz

Psevdofurunkulyoz - sohta (vezikulopustulyoz), teri yuzasidagi pufagning yallig'lanishi, teri epitelyasining ko'chishidan hosil bo'lgan yiringli pufaglar.

Klinikasi. Teri yuzasida turli hajimdagi ifloslangan (mutnym) suyuqlikli pufaglar kurinishida bo'ladi. Ko'p hollarda yoriladi va o'zidan iz qoldiradi, jarayon tarqaladi. Agarda yallig'lanish bir necha kunga cho'zilsa, infeksiya o'chog'i teri osti qatlamiga o'tadi va umumiy o'zgarishlar bo'ladi. Boshning soch sohasidan, ko'krak qafasi, qorin oldi va gavdaning boshqa sohalariga tarqaladi, ko'payadi.

Diagnostikasi. Anamnez - kasallikning boshlanishi, bir va bir nechata yiringli hosilalar ma'lum bir joyda yoki tananing turli sohalarida bo'ladi. Umumiy ko'ruv, mahaliy va umumiy o'zgarishlar. Limfa tugunlar va etilmagan hosilalar palpasiya qilib ko'riladi. Ba'zi hollarda absseylanuvchi shakli ham kuzatiladi.

Differensial diagnostika. Pemfegus, allergik toshmalar, suv chechak, dermatologik va infeksiyon kasalliklar bilan farqlanadi.

Asorati. Hafli eksfoliativ dermatit (Ritter kasalligi), absses va sepsisga sabab bo'ladi. Psevdofurunkulyoz o'rnida, teridagi notekislik qoraygan dog'lar qoladi.

Davosi. Kasallikni davolash, yiringli pufaklarni hirurgik, yo'l bilan ochishdan boshlanadi. O'tkir uchli skalpel yordamida, sanchilib, yiring chiqariladi va bakpasevga olinadi (rasm - 20). Yiringli pufaklar o'rni, 3% perikis vodorod, furasillin bilan tozalanib, magnezial boylam qo'yiladi. Fizio terapiya muolajasi, UFO (20 - 40 sek) , uch kun davomida beriladi.



Rasm. - 20. Yiringni bakpassivga olish jarayoni

Saramas (roja). Teri yuzasidagi infeksiyon yallig'lanish kasalligi.

Etiologiyasi. Saramasni chaqiruvchisi, streptakokk, kamdan - kam hollarda stafilakokk va pnevmvkokklar. Teri yuzasidagi (epitelie) jarohatlanishidan kelib chiqadi. Kasallik birlamchi va ikkilamchi bo'ladi, birlamchi yuqorida aytilganidek teri yuzasidagi jarohlardan, ikkilamchi saramas, teri yuzasidagi boshqa yiringli yallig'lanishlarning asoratlanishidan kelib chiqadi. Limfa yoki gematogen yo'llar orqali kelib chiqish ehtimoli bor. Bemordan - bemorga, hirurgik jihozlardan, bog'lov materiallaridan ham o'tishi ehtimoli adabiyotlarda keltirilgan. Kasallik boshlanishidan (24 - 36 soat) keyin bo'ladigan o'zgarishlar, nekrotik flegmonaga o'hshash bo'ladi. Har ikkala kasallik ham, bola organizimidagi mahalliy va umumiy o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Kasallik teri yuzasining barcha sohalarida uchrashi mumkin. Inkubasion davri 2 - 7 kundan (3 - 5 kungacha) va bir necha soatgacha davom etadi. 60 - 70% hollarda qo'l - oyoqlarda, 20 - 30% yuz qorin oldi devorida, 4 - 5 % boshqa sohalarida uchraydi (rasm - 10 a, b).



Rasm - 10 a. Oddiy formasi



Rasm - 10 b. Bullyoz formasi

Klinikasi. Saramasda teri yuzasi silliq, yaltiroq, chegarasi aniq, taranglashgan ko'rinishda namoyon bo'ladi. Shishning tarqalishi va teri yuzasidagi qizarish "tilga" o'hshash bo'ladi. Etibor qilinsa, yallig'lanish markazida jarohat o'rni, terining jarohati ko'riladi. Kasallikning formasiga ko'ra klinik belgilari turli ko'rinishlarda namoyon bo'ladi. Eritematoz (oddiy), bullez, flegmonoz, gangrenoz formalari tafovut qilinadi. Kasallik ko'p uchraydigan sohalarga; yuz, bosh, qorin oldi, oraliq va oyoqlar kiradi. Ulardan haflisi, yuz sohasida bo'ladigani, ya'ni ko'z va miyaga o'tish va asoratlanish ehtimoli yuqori bo'ladi. Chaqaloqlarda, qorin oldi devori, kindik va oraliq sohalarida ko'p uchraydi. Kasallik tez boshlanadi va yon atrofga tez tarqaladi. Bola organizimida umumiy o'zgarishlar: toksikoz, tana haroratining yuqori ko'tarilishi, qusish, ich ketish bilan boshlanadi. Ko'p hollarda umumiy belgilar, mahaliy belgilardan oldin boshlanadi. Eritematoz formasida - teri yuzasida qizarish, aniq chegaraga ega bo'lgan, geografik haritani eslatuvchi ko'rinish kuzatiladi. Yallig'langan maydonida og'riq bo'ladi. Bullyoz formasining o'zi ham ikki hil ko'rinishda namoyon bo'ladi. Birinchisida bir nechta har hil hajimdagi, sarg'ish suyuqlikli pufaglar bo'lib to'lishgandan keyin yorilishi mumkin bo'ladi. Ikkinchi ko'rinishida shu pufaglar yiringlagan bo'ladi. Flegmonoz va gangrenoz formasida, jarayon chuqurlashadi, yallig'lanish teri osti qatlamiga o'tadi, flegmonaga aylanadi va nekrozga uchraydi. Jarayon cho'zilsa residivlanadi va kasallik bir necha oydan, bir yilga cho'zilishi mumkin bo'ladi. 25 - 30% bemorlarda ko'ngil aynishi va qusish bo'ladi.

Diagnostikasi. Anamnez yig'iladi (onasining so'zidan), kasallik bolaning bezovtaligi bilan boshlanganligi, qorin oldi devorida va boshqa sohadagi teri yuzasida qizarish bilan boshlanganligi. Umumiy ko'ruvda, jarohat o'rni, teri yuzasidagi o'zgarishlarga etibor qilinadi. Palpatsiya qilinadi, qattiq yoki yumshoq konsistensiyali, og'riqli, mahaliy harorat borligi aniqlanadi. Umumiy qon tahlilida, kasallikning boshlanishida o'zgarishlar bo'lmaydi, keyinchalik qon va siydik tahlillarida o'zgarish kuzatiladi.

Differensial diagnostika. Bulleoz ekzantema, flegmona, pemfigus, infeksiya va noinfektsion toshmalar bilan differensiasiya qilinadi.

Asorati. Yaralar (yazvy), nekroz, abscesslar, flegmona, sepsis.

Davosi. Kasallikning formasiga va bemordagi bo'ladigan umumiy o'zgarishlarga qarab, infuzion terapiya, antibakterial terapiya, antigistaminlar, pufaglar ochiladi va ishlov berilib, mazli boylamlar, UFO, kvar buyriladi. Residiv formalarida uzoq vaqt davolanadi, keng ko'lamdagi antibiotiklar qilinadi. Kasallikning mahaliy belgilari 10 - 14 kunlari qayta boshlaydi, teridagi pigmentasiya va shish uzoq vaqt saqlanishi mumkin. Lihoradka 5 - 7 kungacha davom qiladi.

Yiringli mastit (gnoynyy mastit) - sut bezlarining yiringli yallig'lanishi. Chaqaloqlik davrida, sut bezlarining fiziologik shishi evaziga kelib chiqadi. Bu yallig'lanish kasalligi, qiz va o'g'il bolalarda bir hilda bo'ladi. Homiladorlikning 2 haftaligida, ona organizimidagi ekstrojenlarning, bola organizimiga plasenta orqali o'tishi natijasida yoki chaqaloq hayotining birinchi kunlarida sut orqali o'tidi degan ehtimolar bor. Bola hayotining birinchi kunlarida, bezlar kattaligi 3 - 4 mm, 8 - 10 kunlari kattalashadi va yong'oq hajmiga teng bo'ladi, o'zgarish bo'lmaydi. Bola hayotining 2 - 3 haftaligida kattalashadi, sutga o'hshash ajralma (malaziva) chiqa boshlaydi, quruq aseptik bog'lam qo'yib turilsa (28 - 30 kunda) shish qaytadi. Sut bezlarini siqib engilatish maqsadida qilingan harakatdan keyin, gigiena qoidalariga amal qilinmagan hollarda, infeksiya tushadi va yallig'lanish kuzatiladi. Gematogen yo'l bilan infeksiya o'tishi ma'lum. Kasallikni qo'zg'atuvchisi, asosan stafilokokk. Anamnez yig'ilganda ma'lum bo'lishicha, ko'pchilik hollarda, qo'pol ravishda qilingan harakat sababli sodir qilinadi.

Klinikasi. Kasallik o'tkir boshlanadi, bola bezovtalanadi, ishtahasi buziladi. Tana harorati 38,5°C ko'tariladi. Boshlanishida, chaqaloqning umumiy ahvoli deyarli qoniqarli, keyinchalik o'zgaradi, bezovtalanadi, umumiy ahvoli o'rta og'irlikda bo'ladi. Oldin boshlangan shish sohasida, qattiq hosila, teri yuzasida qizarishi va flyuktuasiya kuzatiladi. Ko'pchilik hollarda mastit bir tomonlama, juda kam hollarda ikki tomonlama bo'ladi.

Yallig'lanish sohasida, mahaliy harorat, 1 - 2 kunlari teri ko'rinishi, ko'kimtir – qizg'ish ranga kiradi va keyinchalik umumiy tana harorat ko'tariladi. Palpasiyada og'riq kuchayadi, infiltrat yallig'lanish markazida flyuktuasiya aniqlanadi. (Rasm - 12)



Rasm - 12. O'ng tomonla mastit.



Rasm - 13. Chaptomonlama asoratlangan mastit (flegmona)

Keyingi kunlar, teri yuzasidagi qizarish kuchayadi, infiltratsiya jarayoni tez rivojlanib, yon atrofdagi to'qimalarga tarqaladi. Yallig'lanish kuchayib borishi bilan birga, yiring yo'l topib ajrala boshlaydi va septik ko'rinishga o'tadi. Bunday hollarda bolaning umumiy ahvoli tezda og'irlashadi, mahaliy yallig'lanish jarayoni, yon atrof to'qimaga, teriosti yog' qatlamiga, mushak va undan keyingi to'qimalarga yetib boradi. Flegmonaga aylanadi va nekrozga sabab bo'ladi, bu kasallikning og'ir asoratlardan biri. (rasm - 13). Asoratlangan formalarida, yirngli jarayon ko'krak qafasi yon tomoniga va chuqur joylashgan to'qimalar aro tarqaladi. Bunday hollarda ko'krak qafasini a'zolariga ta'sir qilganligini farqlash maqsadida rentgen qilinadi va davo muolajasi, keskin farq qiladi.

Diagnostikasi. Umumiy ko'ruv, palpatsiya, qoning umumiy va biohimik tahlili, yiring va qoni bakteriologik tekshiruvi. qoning umumiy tahlilida, leykositoz kuzatiladi va EChT oshadi. Kasallik boshlanishida, anemiya bo'lmaydi.

Asorati - flegmona, nekroz, sepsis, sut bezining rivojlanmasligi va boshqalar. Asoratlangan mastit, yiringli otit, absseklanuvchi pnevmoniya, yiringli plevritga sabab bshladi.

Differensial diagnostikasi - asosan sut bezlarining fiziologik shishi bilan differensiasiya qilinadi. Bunda bolaning umumiy ahvoli qoniqarli, mahaliy bo'ladigan shish bezovtalik chaqirmaydi, mahaliy harorat va tana harorati o'zgarishsiz. qon tahlillarida sezilarli o'zgarishlar bo'lmaydi. Fiziologik o'zgarishda bo'ladigan yana bir hoslik, har ikkala tomon bezlarida ham shish kuzatiladi. Bir oz qattiqlik bo'lsada, unchalik og'riqli emas, harakatchan, teri yuzasida qizarish bo'lmaydi. Bunday holatlarda, kuzatuv davom qildiriladi. Flegmona, otit, pnevmoniya, plevrit, qovurg'alar osteomieliti, qo'pol chandiqlik va boshqalar bilan taqqoslanadi.

Davosi. Yallig'lanish bo'lganida, shoshilinch ravishda, yirinlgi o'choq sohasi kesiladi, ochiladi (insizio). Shuningdek ko'krak qafasi, sut bezlari sohasidagi

infiltrat, yallig'lanish belgilari bo'lganida ham hirurgik davo qilinadi. Bu yoshdagi bolalarda har qanday kesim umumiy og'riqsizlantrish ostida o'tkaziladi. Bunga qo'shimcha, jarohat maydoni yuqumsizlantrilgach antibiotikni 0,25 - 0,5% novakainga eritilib, sog'lom to'qima sohasidan, bir necha joydan sanchilib (blokada) qilinadi. Markazdan 1,5 - 2 sm tashlab, uning atroflaridan (radial) quyosh nuri taralishi ko'rinishida, kesimlar o'tkaziladi (rasm - 14).



Rasm-14. Chaqaloqlar mastitida qilinadigan kesimlar ko'rinishi

Kesimlar sekin astalik bilan (maskit) yordamida kengaytiriladi. Yiring ekmaga olinadi. Jarohat o'rni perikis vodorod, furasillin bilan yuvuladi va rezina kertmaklar (poloski) qoldirilib, 25% magnezi eritmasi, 1% hlorfilipt yoki antibiotik bilan bog'lam qo'yiladi.

Hamma bolalarga keng ko'lamdagi antibiotiklar buyriladi, odatdagidek, sezuvchanlikka aniqlangach, boshqasiga o'zgartriladi. Ertasi kundan UFO, tana harorati normallashsa UVCh va keyingi kunlardan, antibiotik bilan elektrofarez beriladi. Bemorning umumiy ahvoli yahshilansa, qon tahlilidagi o'zgarishlar bartaraf qilinib, jarohat bitsa davo muolajalari to'htatiladi va tavsiya berilib, uyiga javob beriladi.

Omfalit - bu kindik chuqurchasining, atrof yon to'qima va qon tomirlarining yiringli yallig'lanishi. Tug'riq honalarda qo'yiladigan; qisqichlar, boylamlar, keyingi paytda keng qo'lanilayotgan rezinali halqalar, qanchalik ishonchi va mustahkamligi katta ahamiyatga ega (rasm-15,16). Mustahkam bog'langada kindik tez bitadi va 3 - 6 kunda tushadi, agar bu jarayon cho'zilsa, infeksiya tushish ehtimoli yuqori bo'ladi. Kindik qoldig'i tushganidan keyin, bo'ladigan o'zgarishlarga, uning namlanishi, ajralmalar chiqishi ham yallig'lanish chaqiradi. Kindikdan ajralma chiqishi 6 kundan ortiq davom etsa, omfalit belgilari kuzga tashlanadi. Kindik tushganidan keyingi kunlari, bolani cho'miltirganda, uni tozalanmasa va quritilmasa bu ham yallig'lanishga sabab bo'ladi. Aseptika qoidalariga amal qilinsa, soha toza saqlansa, quruq granulyasion bitishma hosil bo'ladi.



Rasm - 15 Kindikni kesish jarayoni



Rasm - 16 qisqich qo'yish

Bitish jarayoni buzilsa, cho'zilsa, uning o'rnidagi to'qima qo'polashadi va yiringli yallig'lanish (kindik fungusi) kuzatiladi (rasm - 17).

Ba'zan kindik sohasi qonab turadi, vaqti vaqti bilan bitadi va shu bitgan po'stloq bola kiyimiga yopishadi yana kuchadi, qonaydi. Shu yo'sinda yallig'lanish davom qilaversa, asoratlanadi, flegmonaga aylanadi. Biz asosiysini esdan chiqarmasligimiz kerak, ya'ni kindikda bo'ladigan, to'liq va noto'liq oqmalarni farqlashimiz kerak bo'ladi. Noto'liq oqmalar faqat, ichakdan yoki siydik qopidan (urachus) emas balki, qon tomirlarda ham uchraydi. Kindik venasiga infeksiya tushishi, omfalitdan ham hafliroq, ya'ni kindik sepsisi rivojlanadi.



Rasm - 17. Kindik fungusi

Klinikasi - kasallikning belgilari, kindikning bitishiga va qurib tushishiga qarab turlicha o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Boshlanishda sarg'ish ajralma chiqib turgan bo'lsa, infeksiya qo'shilsa, keyinchalik bu yiringli ajralmaga aylanadi. Yallig'lanish markazida, qo'pol granulyasion to'qima o'sib chiqadi va butun bir kindik chuqurchasini to'ldirib, undan tashqariga ham chiqadi.

O'sib chiqqan hosila, qizg'ish rangda bo'ladi, tegilsa tez qonaydi, bu kindik fungisi deyiladi. Kindik fungisi bo'lmaganida ham, qon aralash yiringli ajralma bo'lishi mumkin. Yallig'langan kindik atrofida, shish, qizarish, kindik chuquridan, yiringli, hidli, hidsiz, kam yoki ko'p miqdorda ajralma chiqishi kuzatiladi. Ba`zan kindikdan, to'shga tomon qizg'ish yo'lak ko'riladi, bu kindik venasining yallig'langanligining belgisi. Palpatsiyada vena qon tomiri, qo'polashgan, qattiq bo'ladi.

Omfalitning uchta formasi tofovut qlinadi; oddiy (kataral), flegmonoz, gangrenoz (nekrotik) formalari.

Oddiy formasida, sarg'ish-gemorogik ajralma chiqib turadi va yallig'lanish alomatlari yaqqol bo'lmaydi (6 kun davomida). Bolaning umumiy ahvolidagi o'zgarish bo'lmaydi, ishtahasi yahshi, tana harorati o'zgarmagan, uyquasi yahshi.

Flegmonoz formasida, yallig'lanish jarayoni yon atrofga va chuqur joylashgan to'qimalarga qadar tarqaladi. Ko'rinishi qurub bitgan jarohatni eslatadi. Uning atroflari yiringli fibrin bilan qoplangan bo'ladi. Kindik atrofidagi teri yuzasida qizarish, shish, infiltratsiya aniqlanadi. Bolaning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, bezovtalanadi, tana harorati ko'tariladi, uyquasi buziladi, ona ko'kragini olmaydi. Jarayon chuqurlashib, atrof to'qimalarga tarqalsa, flegmonaga aylanadi va peritonit alomatlari kuzatiladi (rasm - 18).



Rasm. - 18. Flegmonoz formasi

Gangrenoz formasi. Joylarda profilaktik davo muolajalari o'tkazilganligi uchun, gangrenoz formasi hozirda deyarli uchramaydi.

Dignostikasi. Vezikal ko'ruv, lakmus qog'ozi yordamida Ph aniqlash, yiringni bakterologik tekshiruv, to'mtoq zond yordamida tekshiruv, fistulogramma, sistogramma va bo'yovchi moddalar bilan tekshiruv o'tkaziladi.

Differensial diagnostika. Kindik fungisi, to'liq va no to'liq kindik oqimalari (sarig'lik yo'li va urahus) va boshqalar bilan farqlanadi.

Davosi. Oddiy formasida mahaliy davo muolajalari; 3% perikis vodorot va furasillin eritmasi bilan yuvub tozalanadi. Uch kun davomida 70% spirt 1 - 2 tomchi spirt tomizilib, aseptik boylam qo'yiladi. Keyingi (3 - 4) kun davomida, 2 - 5% yod suriladi. Boshlanishda, 30 sekundan, uch kun davomida UFO buyriladi. Flegmonoz formasida, mahaliy davo bilan bir vaqtda umumiy davo muolajasi boshlanadi. Infuzion terapiya, antibakterial terapiya, immunostimulyatorlar tavsiya qilinadi. Flyuktasiya aniq bo'lsa, kesimlar (nasechki) qilinib sekin astalik bilan kengaytiriladi, antiseptik eritmalar bilan yuvuladi va rezina kertmaklar qo'yilib, 25% magnezial, gipertonik eritmaga 70% spirt aralashtrilib bog'lam ko'yiladi. Kasallikning bu formasida ham oldindan UFO va keyingi kunlari, tana harorati 37* C dan tushgach, UVCh buyriladi. Bu formasida, grammanfiy va anoerob infeksiyaga qarshi, ikkita antibiotik bir vaqtda beriladi. Boylamni har 4 - 6 soatda almashtiriladi. Yallig'lanish bartaraf qilingandan keyin ham ajralma chiqishi davom qilsa, bemor to'liq tekshiriladi va uning sababi aniqlanadi. Noto'liq oqima bo'lsa konservativ davo qilib ko'riladi, 5% yod, lyaps bilan kuydiriladi, foyda bermasa operativ yo'l bilan oqima bartaraf qilinadi. To'liq oqimalarda, ichak va siydik yo'li (urahsda) operativ davo qilinadi.

Asorati. Flegmona, sepsis, peritonit va boshqalar

Limfadenit (Lymphadenitis) - limfa tugunlaring, spesifik infeksiya sababli yallig'lanishi. Yumshoq to'qimalardagi yiringli yallig'lanishlar va boshqa a'zolaridagi yallig'lanishlar evaziga bo'ladigan o'zgarish. Ko'pchilik hollarda, limfadenit ikkilamchi bo'ladi, bitta yoki kamdan kam hollarda ikkita va undan ortiq limfa tugunlarining yallig'lanishi kuzatiladi. Ma'lum bir (regionarnye) sohadagi limfadenit, teri yuzasida bo'ladigan jarohatlar sababli, infeksiya tushishidan kelib chiqadi. Shuningdek, bakterial infeksiya o'chog'i bo'lganida (yiringli otit va boshqalarda), virusli (tug'ma tuberkulezda) va qo'ziqorin (gribkovye) kasaligidan kelib chiqadi. Ba'zi bir vaktsinasiyalardan keyin ham limfadenit kuzatiladi. Bola hayotining birinchi kunlarida qilinadigan BSJ ham shular jumlasidan.

Klinikasi - kasallikning boshlanishida uning mahaliy va umumiy belgilari bo'lmaydi, bolaning umumiy ahvoli qoniqarli. Bu yoshdagi bolalarda limfa tugunlarining hajmi 0,5 sm bo'lib, ular elastik, yumshoq, bir biri bilan va teri bilan birikmagan, og'riqsiz. Yallig'lanish boshlanganida (perelimfadenit), limfa tugunlari qattiqlashadi, infiltrat kuzatiladi, bir biri bilan brikadi, palpasiyada, og'riqli bo'ladi va keyinchalik yiringlaydi.

Tana harorati subfebril raqamlarga (37,2 - 37,8*C) ko'tariladi. Umumiy qon tahlilida nisbatan o'zgarishlar kuzatiladi. Limfa tugunlari va unga yaqin atrof yumshoq to'qimalarga yiringli yallig'lanish jarayoning tarqalishi, bu adenoflegmona deb yuritiladi. Bunday hollarda kasallikning, mahaliy va umumiy belgilari tez namoyon bo'ladi, bemorning umumiy ahvoli og'irlashadi, bezovtalanadi, og'riq kuchayadi. Umumiy tana harorati 38*C va undan yuqori raqamlarga ko'tariladi. Mahaliy shish, atrof to'qimalarga tarqaladi flyuktasiya, ichki zaharlanish kuchayadi va bolaning uyquasi, ishtahasi buziladi.

Diagnostikasi. Anamnez - kasallikning boshlanishi, bemorning qo'l oyoqlaridagi jarohatlar, yumshoq to'qimalardagi yiringli hosilalar, a'zolaridagi yiringli (yiringli otit) yallig'lanishlar va boshqa kasalliklarga etibor qaratiladi. Limfadenitning boshlanishida, ma'lum bir sohadagi limfa tugunlarida yallig'lanish va keyinchalik vaqt o'tishi bilan umumiy o'zgarishlar namoyon bo'ladi. Umumiy ko'ruv, yiringli manbani topishga harakat qilinadi. Limfa tugunlaridagi o'zgarishlar, palpatsiyada; bir yoki bir necha sohadagi limfa tugunlari kattalashgan, bir - biriga yopishgan, og'riqli, infiltrasiya, flyuktuasiya aniqlanadi. Zaruratga ko'ra biopsiyaga olinadi va boshqa bir qancha kasalliklardan farqlanadi.

Differensial diagnostikasi. Infeksion - bakterial (sepsis, tuberkulyoz, brusellez, tulyaremiya, siflis va boshqalardan) differensiasiya qilinadi. Virusli (qizilcha, adenovirusli infeksiya, gripp, SPID, infeksiyon mononukleoz va boshqalardan) farqlanadi. Qo'ziqorinli (gistoplazmoz, aktinomikoz) protozoyni (toksoplazmoz, listerioz, leyshmaniozdan). Autoimmun kasalliklar (revmatoid artrit, dermatomiozit, sklerodermiya, periarterit va boshqalar. Adenoflegmona, hafsiz va hafli o'smalar bilan differensiasiya qilinadi (Tablitsa – 1).

Tablitsa 1. Bolalar yoshida, toshmalar toshadigan, infeksiyon kasalliklar

Kasalliklar	6 oylikgacha	7- 12 oylik	1 - 3 yoshda	4 - 12 yoshda	12 dan katta yoshdagilarda
Ichak tifi	-	-	-	+	+
Suv chechak	-	+	+	+	-
Virusli gepatit	-	+	+	+	+
Ekzantema	-	-	+	+	-
Gerpis infek-si	+	+	+	+	+
Gemorogik lihoradka	-	-	-	-	+
Gripp	-	+	+	+	+
Teri difteriyasi	+	+	+	-	-
Infeksion mononukleoz	-	-	-	+	+
Ichak iersinozi	-	-	+	+	+
Qizamiq	-	-	+	+	+
Qizilcha	-	-	-	+	+
Leyshmanioz	+	+	+	+	+
Meningokokkemiya	-	+	+	+	-

Chin chechak	+	+	+	-	+
Ornitoz	-	-	-	+	+
Paratif A V S	-	-	+	-	-
Psevdotuberkulyoz	-	-	+	+	+
Saramas	+	+	+	-	-
Siflis	+	+	+	+	+
Skarlatina	-	-	-	+	-
Stafilokokkli infeksiya	+	+	+	-	-
Tuberkulyoz	-	-	-	+	-
Tuberkulyoz	-	-	-	+	-

Sindromnaya diagnostika v pediatrii (spravochnik) A.A. Baranova
Moskva "Medisina" 1997 g.

Limfodenit va mastit - yiringli limfadenitni mastitdan differentsiatsiya qilish unchalik qiyin bo'lmaydi. Anamnez to'g'ri yig'ilsa, kasallikning boshlanishi, joylashish joyiga (lokalizatsiyasiga), etibor qilinsa uni farqlash qiyin bo'lmaydi. Bunday kasalliklarda, yallig'lanish sohasi chegaralangan, og'riqli, flyuktuatsiya bo'ladi Tablitsa 1.

Davosi. Limfadenit boshlanishida uning sababi aniqlanib asosiy manbani bartaraf qilishga harakat qilinsa, konservativ davo qilinsa kifoya qiladi. Fizioterapiya UVCh № 5, antibiotik (sezuvchanligiga qarab), 70% spirtli boylam buyriladi. Yiringli hosila bo'lganida, hirurgik davo qilinadi, (Insizio) yiringli hosila ochiladi va odatdagidek davo muolajalari o'tkaziladi.

Asorati. Adenaflegmona, qo'pol chandiq, sepsis

Chqaloqlar teri osti adiponekrozi (podkojaniy adiponekroz novorojdennih).

Adiponekroz deb - teri osti yog' qatlamidagi, unchalik katta xajimga ega bo'lmagan, koplamchi infiltratlarga aytiladi.

Klinikasi. Yallig'lanish soxasidagi teri yuzasida bir oz qizarish bo'lib, paypaslaganda qattiq, og'riqsiz bo'ladi. (rasm – 11)



Rasm - 11. Kuraklar oralig'i sohasidagi adiponekroz

Bolaning umumiy axvoli qoniqarli, tana xarorati o'zgarishsiz. Kichik (0,2 dan 3 - 5 sm xajimdagi) bir – briga qinlashgan, birikgan, kuraklar oralig'ini to'ldirib turuvchi qattiq xosila. Ba'zida shu soxada yallig'lanish bo'ladi va nekrotik flegmonaga oxshash bo'ladi. Adiponekroz 3 – 5 – 6 oyga cho'ziladi va jarayon o'z o'zidan soriladi, xech qanday davo talab qilmaydi.

Diagnostikasi. Anamnezda yig'iladi, kasallikning sababi, boshlanish, davomiyligi, tana xarorati va umumiy o'zgarishlar soriladi. Umumiy ko'ruv, palpasiyasi qilinadi, umumiy qon taxlili olinadi.

Differensial diagnostika. Qovurğa osteomieliti. Qovurğa osteomielitidan differensiasi qilish ancha qiyin bo'ladi. Bu kasallik klinik ko'rinishlari xam nekrotik flegmonaga oxshash bo'ladi. Xato klinika sharoitida xam tezda diagnoz qoyib bo'lmaydi. Qovurğalardagi osteomielitning kechishi, maxaliy (ochoqli) formasiga oxshash bo'ladi. Qovurğalar osteomielitida bo'ladigan yallig'lanish jarayoni, ko'krak qafasi va qorin boshlig'i a'zolaridagi asoratlarga sabab bo'ladi (plevra mpiemasi, peritonit) .

Nekrotik flegmona – teri, teri osti yog' qatlami, fassiya , mushak va chuqur joylashgan to'qimalarning spesifik yiringli – nekrotik yallig'lanish jarayoni. Kasallik otkir boshlanib, atrof yon tomonga tez tarqaladi, teri va chuqur joylashgan to'qimalarda nekroz chaqiradi. Bu terminologiyani birinchi bo'lib, 1939 yilda, S.A.Vasilyev fanga kiritgan. Bu kasallik asosan chaqaloqlik davrida kup uchraydi, buning sababi ularning teri yuzasidagi qon tomir ta'minoti yaxshi rivojlanganli. Yallig'lanish jarayonida, teri ostiga kop miqdorda ifloslangan eksudat toplanadi, shish kuchayadi va oxir oqibat tomirlar trombozi va tez tarqaluvchi nekroz kuzatiladi. Bunday xollarda infeksiya , asosan teri yuzasidagi jaroxat orqali yoki gematogen yo'l bilan otish extimoli xam inkor qilinmagan (kindik tomirlaridan). Asosiy chaqiruvchisi stafilakokk va keyinchalik grammanfiy infeksiyalar (aralash) koshilishidan kelib chiqadi. Chaqaloqlar flegmonasida,

birlamchi ochoq teri osti yog qatlamida boladi. Shu soxadagi teri bezlari atrofida, dermal qatlamda, qon talash, leykositlar infiltrat yuzaga keladi va limfa tomirlari orqali, yon atrofga tarqaladi.

Qon tomirlarda tromb xosil bolib otkazuvchanlik buziladi, oldin infiltrat va keyin nekroz yuzaga keladi. Chuqur joylashgan biriktruvchi toqimalarda; fibrin, eksudatga toyinadi, bakteriya lar toplanishidan tomirlar tiqiladi (bakterial emboliyaga) sabab boladi. Koruvda, qattiq infiltrat, teri qizargan, kesimdan kop miqdorda ifloslangan qon chiqadi, yirig bolmasligi xam mumkin. Jarayon tez tarqaladi, teri och – kokimtir ranga kiradi, yalliqlanish ochoqlari paydo boladi va teri qurib, kocha boshlaydi. Patomorfologik tekshiruvda, ochoqli zararlangan soxada, toqimalar nekrozi aniqlanadi. Kasallik kop uchraydigan soxalarga, boyin, kokrak qafasi, bel – umurtqa poqonasi va dumba soxalari kiradi (rasm – 6)



Rasm - 6. Nekrotik flegmona

Nekrotik flegmonadan keyin, kopchilik bemorlarda ogir asorat qoladi (sepsis) va olinga sabab boladi.

Klinikasi. Kasallikning boshlanishida, ma'lum bir joyda, 1,5 – 2 sm maydonda qizarish boladi. Qisqa muddat, qattiqlashadi, teri yuzasidagi qizarish kopayadi, palpasiyada ogriq boladi. Uning chegaralari aniq, maxaliy xarorat kuzatiladi, teri yuzasi silliqlashadi. Teri, teri osti yog qatlamidagi shish yon atrofga tez tarqaladi. Bolaning umumiy axvoli ogirlashadi, toksikoz, ba'zi xollarda dispeptik ozgarish boladi.

Aksariyat xollarda (62%), kasallik tez boshlanadi, bemorning tana xarorati 38 - 39 *C, kotariladi, bola bezovtalanadi, uyqusi buziladi, ona kukragini olmaydi, qusadi va ichki zaxarlanish alomatlari kuchayadi (toksiko-septik formasida). Zararlangan soxadagi terisi keyinchalik qongir ranga kiradi. Tili karash boglagan,

quruq bo'ladi. Yurak tonlari bu'g'iq, puls tezlashgan, qo'lga yaxshi sezilmaydi. Qon umumiy taxlilida, leykositoz (12 – 18 g/l) chapga siljigan. Tana xarorati qoriligicha saqlanadi, ichki zaxarlanish kuchayib boradi. Kasallikning 1 – 2 kunida, teri yuzasidagi qizarish va shish maydoni kengayadi, kuchayadi, atroflari aniq bo'ladi. 2- 3 kundan keyin, o'tkazilgan kesimlar oridan, suyuq-serroz, yiringli-nekrotik ajralma chiqa boshlaydi. 5 – 7 kunlari teri kukimtir – qoramtir tusga kiradi va nekrozga uchragan to'qima kucha boshlaydi. Nekrozga uchragan soxada, jaroxat boshlig'i va sog'lom to'qima bilan iliqlanish soxasini farqlovchi demarkatsion chegara (liniya) xosil bo'ladi (rasm – 7).



Rasm - 7. Demarkatsion chegara, nekrozga uchragan to'qimalar ko'chish davri.

Ba'zi xolarda ko'krak qafasi soxasidagi nekrotik flegmonada, barcha qatlamlardagi yumshoq to'qimalar nekrozga uchraydi va piopnevmonitoraks kuzatiladi. Kasallikning 10 – 15 kunlari (nekroz va boshliq xosil bo'lish davri bo'lib), atrof to'qimalarda yallig'lanish jarayoni toxtaydi va jaroxat bitish davri boshlanadi. Bunday jaroxatlar tez bitmaydi, uzoq davom qiladi. Ba'zi bir xollarda, kasallikda keyin septik asoratlar kuzatiladi va o'z navbatida o'limga olib keladi. Jaraxat maydoni (10 – 15% ni) tashkil etsa, bemorning umumiy axvoli juda og'ir bo'ladi va o'limga sabab bo'ladi.

Diagnosticasi. Umumiy koruv, qon va yiringni bakteriologik tekshiruvga olinadi, umumiy qon taxlili (leykositoz 12 – 18 g/l) chapga siljigan., siydik va bioximik taxlilar, zarurutga kora, UTT, ko'krak qafasi, qorin boshlig'ini tasviriyl rentgen qlinadi.

Differensial diagnostika. Chaqaloqlik davri bo'ladigan yumshoq to'qimalardagi bir qancha kasalliklar bilan differensiasiya qlinadi. O'xshash bolgan kasalliklarga; limfadenit, saramas, chaqaloqlar mastiti, otkir gematogen osteomielit, peritonit, adiponekroz va chaqaloqlar skleremasi va boshqalar. Nekrotik flegmonaning erta korinishlarini, saramasdan, qovur'galar

osteomielitidan, adiponekrozdan farqlash uchun quyidagi tablisadan foydalaniladi. (tablisa - 2.)

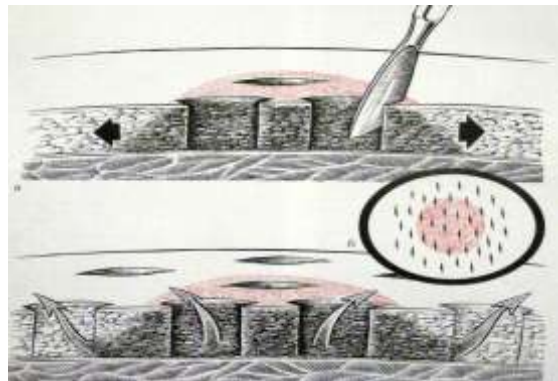
Tablisa 2. Chaqaloqlik davrida yumshoq to'qimalarda bo'ladigan yiringli yallig'lanish kasalliklarini differensial diagnostikasi

Simptomlari	Flegmona	Saramas	Adiponekroz
Qo'zg'atuvchisi	Stafilakkok	Streptokkok	Yo'q
Yallig'lanish sohasi	Bel-dumg'aza, ko'krak qafasida	Yuzida, qorining quyi qismida, kindik atrofida, oraliq va sonda	Kuraklar oralig'ida
Yallig'lanishga moyillik bo'lgan sohalar	Teri, teri osti yog' qatlamida	Teri yuzasida	Teri, teri osti yog' qatlamida
Umumiy mahalliy simptomlar	Toksikoz, anoreksiya, bezovtalik, qizarish	Toksikoz, septik shok, anoreksiya, gipertermiya	Toksikoz kuzatilmaydi, teri osti yog' qatlamida ko'plamchi qattiq og'riqsiz infi'tratlar bo'ladi, temperatura-bo'lmaydi.

Davosi. Chaqaloqlik davrida bu kasalliklar bilan o'g'rigan bemorlarni, shoshilinch ravishda bolalar jarroxlik bo'limlariga yotqizilib ularga shoshilinch tibbiy yordam korsatilishi lozim bo'ladi. Kompleks; xirurgik aralashuv, antibakterial terapiya, dezintoksikasion terapiya va oranizimning umumiy immunobiologik xolatini tiklash uchun davo muolajalari otkaziladi. Imkon qadar xirurgik kesimlar tezroq qilinsa, asoratlanishining oldi olinadi. Boshlang'ich bosqichida (avj olgan davrida), ichki zaxarlanishga qarshi kurashiladi. Keyingi orinda mikroorganizmga qarshi kurashiladi va passiv immunizasiya boshlanadi. Umumiy og'riqsizlantrish ostida, jaroxat maydoni qumsizlantrilib, ko'plamchi, shaxmat shaklida kesimlar qlinadi. Yallig'langan joydan, so'g'lom to'qimaga qadar, 1 – 1,5 sm xajimda, kesimlar otkaziladi, kesimlar oraligi 2 – 3 sm dan oshmasligi kerak. Kesimlar chuqurligi teri ostiga otadi va tomtiq yo'l bilan qisqich (maskit) yordamida jaroxat kengaytiriladi (rasm – 9 a, b).



Rasm - 9 a. Nekrotik flegmonada qilinadigan kesimlarning ko'rinishi.



Rasm - 9 b. Kesimlarning shematik ko'rinishi

Jaroxat maydoni 3% perikis vodorod va furasillin bilan yuvuladi. Kesimlar qilingan yuzaga, 25% magnezial, 1% xlorfillipt yoki antibiotik bilan boğlam qoyiladi. Boğlam xar 4 – 6 soatda o'zgaritib turiladi. Zaruratga qarab qo'shimcha kesimlar otkaziladi. Fizioterapiya muolajalari 1 – 2 kundan boshlanadi, qisqa muddatga UFO va keyingi kunlari UVCh buyriladi.

Kasallikning ikkinchi bosqichida, nekrozga uchrash va xali yallig'lanish davom qilayotgan soxaga, maxaliy davo muolajalari qilinadi. Nekrotik toqimaning tezroq ko'chib tushishi va bitishiga imkon yaratiladi. Ba'zi bir xollarda sepsis kuchayadi, yangi piemik o'choqlar paydo bo'ladi. Shuning uchun kasallikning ikkinchi bosqichida, septikopiemianing oldini olishga Uchinchi bosqichida (reparasiya), jaroxat bitishini tezlashtirish uchun, fizioterapiya muolajalari buyriladi; lazer nurlaridan, ultra tovushdan, giperoksibaro terapiya va boshqalardan foydalaniladi. Jaroxat yuzasi tozalangach, yallig'lanish jarayoni toxtagandan keyin esa, mazli boğlamlar qoyiladi.

Umumiy davo muolajalari klinika sharoitida olib boriladi, tezda dezintoksikasion terapiya boshlanadi. Infuzin terapiya muolajasi, bolaning umumiy axvolidagi bo'ladigan o'zgarishlarga, ichki zaxarlanishga (eksikozga) qarab davom qildiriladi. Passiv immunizasiya maqsadida, qon (30 – 40 ml) quyiladi, vitaminlar V va S, immunoglobulin 1 dozadan, kuniga bir maxal qilinadi. Birinchi kundanoq, keng kulamli antibiotik beriladi. Keyingi kunlardan esa mikrofloraning sezuvchanligiga qarab boshqa antibiotiklarga otiladi. Qoziqoringa (gribkovyx porajeniy) qarshi, nistatin va dizbakteriozni oldini olish maqsadida, uobiotiklar (bifidub baktirin va boshqalar) beriladi. Quyosh chigari soxasiga, UVCh va oksigenoterapiya buyriladi. Keyingi yillarda nekrotik flegmonadan bo'ladigan, olim ancha kamaydi. Medisina nuqtai nazaridan, kasallikni diagnostikasi va tibbiy yordam darajasi ancha yuksaldi. Buday bemorlar 1 – 2 yil davomida kuzatuvda bo'ladi.

Asorati. Kasallikda bo'ladigan umumiy asoratlarga; a) pnevmoniya, dispepsiya, otit va boshqalar; b) gematogen – yiringli metastazda, abscesslanuvchi pnevmoniya, meningit, ko'plamchi abscesslar kuzatiladi; v) osteomielit, yiringli

plevrit, yiringli perikordit va boshqa asoratlar shular jumlasidandir. Özidan oğir asorat qoldiradigan, nekrotik flegmona bu ko'krak qafasida bo'ladigan flegmona. Kasallik davomida, sepsis kuchayadi, yangi piemik ochoqlar, septikopiemiya kuzatiladi. Nekrektomiyadan keyin esa katta maydonda, teri, teri osti qatlamida kamchilik (deffekt) kuzatiladi (rasm – 8).



Rasm - 8. Nekrektomiyadan keyingi ko'rinish

Chaqaloqlarda otkir gematogen epifizar ostemielit

Epifizal osteomielit – suyakning epifizar (suyak boshchasining) qismining yiringli yalliqlanishi. Chaqaloqlik davrida kop uchraydigan yiringli – septik kasallik.

Etiologiyasi. Chaqiruvchisi stafilakokk, aralash va grammanfiy infeksiyalar. Infeksiya asosan gematogen va limfagen yo'l (qon tomir) orqali otadi. Infeksiyaning otish yoli, teridagi bo'ladigan yiringli yalliqlanish kasalliklari; omfalit, piodermi, sklerema, psevdofurunkulyoz va boshqalar. Epifizar osteomielit birlamchi, septikopiemiya yoki sepsis natijasida xam kelib chiqadi. Patogenezida. Tomirlarda emboli, infeksiyon allergik jarayon, bola organizimining reaktivlik xolati, infeksiyaga qarshi kuch immunitet bo'lmaganligi uchun, toqimalarda desturiktiv o'zgarishlar kuzatiladi.. Kopchilik xollarda epifizar osteomielit, son suyagining, elka suyagining, boldir suyaklarining proksimal qismlarida kuproq uchraydi.. Bemorlarning xar beshtasida ikki va undan kop bo'gimlarda bir vaqtda epifizar osteomielit uchrashi aniqlangan. Bola vazni qancha kam bolsa (nedonoshenie) kasallik shunchalik o'gir otadi va atipik korinishda kechadi. Boshqa suyaklarda kamdan kam xollarda uchraydi. Ba'zida yalliqlanish bu'gimning sinovial qobi'gida (obolochki), artirit, osteoartritga oxshash bo'ladi. Buning sababi, chaqaloqlarda suyak – bu'gim tizimining qon bilan taminlanishiga bo'g'liq bo'ladi. Epifizar soxada mayda qon tomir tarmoqlarining suyak o'zagini,

qon bilan taminlash jarayonida buғimga infeksiya tushadi. Shuningdek buғim ichidagi sinovial suyuqlik infeksiya uchun oziqa boladi va ularning kupayishiga sabab boladi.

Osteomielitning kelib chiqishida, infeksiya ochoqlarining joylashish joyi, uning virulentligi va bola organizimning immunologik xolati katta rol oynaydi.

Tasnifi. Kasallikning kechishiga kora, ikkita formasi; toksiko – septik va otkir maxaliy ochoqli formalari tafovut qlinadi.

Klinikasi. Toksikoseptik formasi tez avj oladi, bemorning umumiy axvoli oғir, tana xarorati juda yuqori boladi. Kasallikning xar ikkala formasida xam suyakdagi ozgarish bir xilda boladi. Kasallikning asosiy belgilari, bolaning bezovtalanishi bilan boshlanadi. Chaqaloqni kiyintirganda, yorgaklash paytida, qol yoki oyoğini xarakatlantirganda bezovtalanadi, chinqirib yiğlaydi. Bola qolini yoki oyoğini xarakatlantirmaydi, buғim va barmoqlarda xarakat bolmaydi, oziga qulay xolatda saqlaydi (rasm – 21).

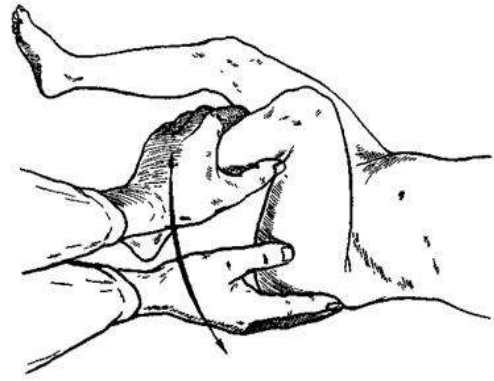


Rasm. - 21. O'ng elka va o'ng son suyagining epifizar osteomieliti

Toksiko – septik formasida. Kasallik tez avj oladi, bolaning umumiy axvoli oğirlashadi, ichki zaxarlanish kuchayadi va umumiy tana xarorati 39 – 40°C kotariladi. Ona ko'ragini olmaydi, ba'zida tutqanoq (sudorogi) kuzatiladi. Teri rangi ozgarib, yuz - ko'zlari istirobli korinadi. Ichki zaxarlanish evaziga, dispepsik ozgarishlar, qusish va ich ketish boladi. Yana shunisi etiborliki, bola qol – oyoqlarini xarakatlantirmaydi, yolgon palalich (pseudoparalich) alomatlari rivojlanadi. Bolaning umumiy axvoli qanchalik oğir bolmasin, qolini yoki oyoğini xarakatlantirganda, oğriqdan bezovtalanadi, chinqirib yiğlaydi (rasm – 22 – 23).



Rasm - 22. Elka suyagining EO



Rasm - 23. Son suyagining EO

Otkir maxaliy formasida - bolaning umumiy axvolida katta ozgarish bolmaydi, tana xarorati subfebril raqamlarga kotariladi. Bemor qoli gavdasiga yaqinlashgan, osilgan, buғim va barmoqlarida xarakat cheklangan boladi. Oyoғini esa son – chanoq, tizza buғimidan bukib, gavdasiga yaqin saqlaydi, bir oz tashqariga buralgan xolatda boladi. Kasallikning belgilari 2 – 3 kunlari blinadi, buғim yuzasining siqlashishi, kontrakturasi, yalliғlanishdan dalolat beradi. Sekinlik bilan qilingan xarakat xam, qol oyoqlarda kuchli oғriq chaqiradi va bola bezovtalanadi

Yalliғlanish chozilib, vaqt ota boshlasa, natijada yiring buғim qobiғidan tashqariga chiqadi va yiringli artritga otadi. Bunda bolaning axvoli oғirlashadi, keyinchalik yiringli artrit, flegmona korinishida namoyon boladi. Kasallik asoratlanib, metastaz beradi va boshqa suyaklarga, a'zolarga tarqaladi, sepsisga xos belgilar kuzatiladi. Umumiy qon taxlilarida lekositoz ($8 \times 10 - 20 \times g/l$), neytrofilioz, ezinofilioz, EChT oshadi.

Diagnostikasi. Anamnez soroladi (onasidan), kasallikning boshlanishi, bolaning bezovtaligi, yorgaklash paytida qol – oyoғini bermasligi, xarakatlantirganda chinqirab yiғlash (rasm – 22 – 23), uyqusining buzilishi va boshqalar aniqlanadi. Kokrak yoshidagi bolalarda, qopol xarakat, jaroxatlanishlar va otkazgan kasalliklar soroladi. Bolani koruvda, toliq echintriladi, xona xarorati va kuzatuvchining qoli sovuq bolmasligi kerak. Umumiy koruvda, bolaning qol yoki oyoғidagi xolatiga, xarakatiga etibor qilinadi. Chaqaloq va kokrak yoshidagi bolalarda, palpasiyada buғum soxasida oғriq, infiltrat, flyuktasiya, maxaliy xarorat kuzatiladi.

Tasviriy rentgenda – kasallikning boshlanishida bu yoshdagi bolalarda epifizdagi suyaklanish jarayoni yetilmaganligi (okostenenie) uchun suyakda ozgarish korinmaydi. Kasallikga xos bolgan rentgenologik ozgarish, 2-3 kun, buғim oraligining kengayganligi va yiringli artrit, yumshoq toqimalardagi ozgarishlar aniqlanadi. Yalliғlanish jarayoni epifizdan metafizga otganda shu soxada periostal qoshilish (nasloenie) kotiladi. Tasviriy rentgendagi ozgarishlar 9-10 kunlarda periostit korinishida namoyon boladi (rasm – 24 – 25). Suyakdagi destruktiv ozgarish bilan birga, patologik chiqishga xos ozgarishlar korinadi. Epifizar osteomielitda sekvestrasiya bolmaydi.



Rasm - 24. Elka suyagining EO

Rasm - 25. Son suyagining EO

UTT datchikni, buğumning oldingi, yon va orqa tomonidan otkaziladi va buğumdagi suyuqlikning (yiring va boshqa) xajmi, atrof yumshoq toqimalar, buğum qobiği va metafizdagi oʻzgarishlar koriladi.

Chaqaloqlik davrida, xozirgi kunda xam asosiy diagnostik vosita bu rentgen xisoblanadi. Oldingi adabiyotlardagi ma'lumotlarda 10 – 12 kunda rentgen qlinishi va undagi destruktiv oʻzgarishlar toğrisida ma'lumot berilgan. Xozirda esa bu ma'lumot boshqacha, ya'ni 2 – 3 kunlari toğri proeksiyada, xar ikkala buğimni qamragan xolda rentgen qilish tavsiya qilinadi. Rentgen tasvirida biz asosan, ya lliğlangan tomonda buğim oraliğining kengayganlini va metafizda periostal suyak strukturasidagi oʻzgarishni koramiz. Jarayon chuqurlashsa, uning asoratlanganligini, metafizdagi destruksiyani va patologik chiqishni koriladi. Keyingi asosiy diagnostik vosita bu buğimni punksiya qilish. Taxlilar; qoning umumiy taxlili, bioximiyasi, siydik taxlili, qon va yiringni bakpassivga olinadi. Xozirda epifizar osteomielitni UTT yordamida xam diagnostika qilish keng qoʻllanadi.

Differensial diagnostika. Chaqaloqlar flegmonasi, displaziya , omrov, elka va son suyaklarining sinishlari, parez, paralich, pnevmoniya , sepsis va boshqalar bilan differensiya qilinadi.

Davosi. Bemorning tana xarorati qori bolganida, infuzion terapiya otkaziladi va tana xarorati tushiriladi. Umumiy oğriqsizlantrish ostida, buğim soxasi spirt bilan qumsizlantrilib, shprisga novakain (0, 5% - 5,0 ml) tortilib, elka suyagining oldingi va orqa yuzalaridan buğimga tushiladi va yiring olinadi. Buğim punksiya qilinib yiringdan toliq tozalangach, antibiotik yuboriladi va immoblizasiya qilinadi. Olingan yiringni bakteriologik tekshiruvga beriladi. Ajralmaga va yiring xarakteriga kora buğimda katetr qoldiriladi va keyingi kunlar (3 kun davomida) sanasi qilinib antibiotik yuboriladi. Brinchi kundanoq qol yoki oyoq immoblizasiya qilinadi. Elka suyagining proksimal qismi osteomielitida Dezo boğlami qoyiladi (rasm – 26). Son suyagining proksimal qismidagi osteomielitda, klinika shina qolaniladi, xarakat cheklanadi. Xozirda Shede boyicha (vit jenie), bolani oyoğidan tortib osib qoyish qoʻllanilmaydi (rasm – 27). Travmatologlar

bilan birgalikda klinika shinasini taqishni yo'lga qoyildi va natijalari organildi. Klinika shinasini kengaytirilib boriladi va bir oydan olti oygacha taqiladi (rasm – 28). Keng kolamdagi antibakterial terapiya , infuzion terapiya , vitaminlar V va S gruxi, antistafilokokkivie gammo-globulin, imunoglobulin buyriladi. Fizioterapiya muolajalari, SVCh, UVCh, uchinchi xaftadan boshlab, elektrofarez

Xirurgik davosi. Diagnostika qoyilishi bilan shoshilinch yordam korsatiladi. Kopchilik bolalarda pifizar osteomielitning klinik belgisi artritis korinishida boladi. Buqumdag yiringni yallig'lanishni aniqlash va yordam korsatish uchun, punksiya qilinadi. Olingan yiringni bakteriologik ekmaga boriladi va mikrobnining antibiotikga sezuvchanligi aniqlanadi. Buqum punksiya qilinib yiring olingach, antibiotik boriladi. Erta yoshdag bolalarda, buqum punksiya umumiy og'riqsizlantrish ostida otkaziladi. Punksiya qilinib yiring olingach, buqumga stilet qoldiriladi va uch kun davomida antibiotik borib turiladi, shu stilet orqali lazer nurlari bilan ta'sir qilinadi. Kasallangan tomondagi qol yoki oyoq immobilizatsiya qilinadi. Elka suyagining epifizar osteomielitida Dezo boylami boqlanadi. Son suyagining O, uchunchi kundan klinika shinasini taqiladi (rasm – 67 x 68). Son suyagining O, biz Shedei boiicha tortib qoyishni deyarli qollamaymiz. Chaqaloqlarda kamdan kam xollarda artrotomiya otkaziladi deyilgan, bizning klinikada deyarli qilinmadi. Umumiy qisqa og'riqsizlantrish ostida, flyuktatsiya soxasidan 2 - 3 sm kesim qilinadi va yiringdan tozalanib, boylam qoyiladi, immobilizatsiya qilinadi. Asoratlangan xollarda, yallig'lanish metafizar soxaga otib paraartikulyar flegmonaga aylanganda, umumiy og'riqsizlantrish ostida 2- 3 sm kesim otkaziladi, yiringdan tozalanib, jaroxatga rezinali kертmak (vipusnik) qoldiriladi va immobilizatsiya qilinadi. Ertasi kunda kертmak olinadi va buqumga UVCh # 5 buyiriladi. Antibakterial terapiya , infuzion terapiya , transfuziya , antibiotik, vitamin terapiya davom qildiriladi. Son suyagining proksimal qismi O, klinika shinasini uchunchi kundan mushaklar tarangligi boshashgandan keyingina taqiladi.



Rasm. - 26. Dezo bo'yicha immobilizatsiya.



Rasm - 27. Shedei bo'yicha tortish Rasm - 28.Klinika shinasi

Shinani rentgen xulosasiga kora, suyak boshchasining etilishi va quymuchda turishiga qarab, bir oydan – olti oygacha taqiladi.

Xar oyda bir marotaba koruv va kontrol rentgen qilinib, tegishli tavsiyalar beriladi. Buğumdagi xolat, suyak boshchasining rentgendagi xolatiga, o'zgarishlariga qarab, sekin astalik bilan xarakatlantrish, massaj buyriladi. Bir yil davomida mutaxasis nazoratida boladi. Asoratlangan xolda besh yoshgacha, xirurg, ortoped nazoratida boladi va reabilitasiya davrini o'taydi.

Asorati. Koplamchi piemik o'choqlar va son suyagining proksimal qismida (distenzion va destruktiv) patologik chiqishlar boladi. Ba'zi xollarda suyak boshchasining, qisman boyinchasining yemrilishi kuzatiladi (osuchi soxaning). Kechgi asoratlardan biri, osuvchi soxa zararlanishi evaziga, bola osadi lekin O bolgan tomonda qol yoki oyoği kalta bolib qoladi. Besh yoshda artroplastika operatsiyasi yoki 22 yoshdan keyin suniy buğum qoyiladi.

I. Nazorat so'vollar.

1. Chaqolaqlik davrida boladigan yiringli yalliğlanish kasalliklariga nimalar kiradi ?
2. Infeksiyaning tushish yo'llari va organizimdagi infeksiya o'choqlari ?
3. Yiringli yalliğlanish kasalliklarini chaqiruvchilari ?
4. Chaqaloqlarni koruvda nimalarga etibor qilinadi ?
5. Infeksiyaga chalingan bolalarda boladigan umumiy o'zgarishlar ?
6. Labarator va boshqa diagnostik vositalar ?
7. Stafilakokkli yiringli yalliğlanishlarda qon taxlillarida boladigan o'zgarishlar ?
8. Nekrotik flegmonada qilinadigan kesimlar va boylamlar ?
9. Yumshoq toqimalarda boladigan yiringli yalliğlanish kasalliklarini dif. diagnostikasi?
10. Saramasning formalariga izox bering ?
11. Pseudofurunkulyozning furunkulyozdan farqi nimada ?
12. Limfadenitning sababi ?
13. Yiringli mastitning asoratiga nimalar kiradi ?

14. Kindik fungusi nima ?
15. Omfalitning formolari va klinikasi ?
16. Epifizar osteomielitning formasi va kasallikga xos belgilar ?
17. .O. rentgen qilish muddati va .O. rentgenologik o'zgarish ?
18. Epifizar osteomielitning asosiy diagnostik vositasini ayting ?
19. Epifizar osteomielitning asoratlari nimalar kiradi ?
20. Yumshoq to'qimalarda bo'ladigan maxaliy va umumiy o'zgarishlar ?

III – Bob Boshqa yoshdagi bolalarda, boʻladigan yiringli yalliqlanish kasalliklari

Furunkul – bitta soch xaltachasining, teri bezining, atrofdagi yumshoq toqimalarning yiringli yalliqlanishi. Qolning kaft, oyoqning tovon soxasida boshqa, teri yuzasining barcha soxalarida uchraydi. Furunkul, soch tuklari koʻp joylashgan soxalar; bosh, yuz, boʻyin, koʻkrak qafasi, qorin oldi devori yuzasida, koʻl va oyoqlarda, oraliq aʼzolari soxalarida, kuzatiladi (rasm – 29).



Rasm - 29. Yuqori lab va burun oldi sohasidagi furunkul.

Etiologiyasi. Klinikamizda olib borilgan bir necha yillik laborator tekshiruvlar natijasiga (yiringli ekma), adabiyotlardagi maʼlumotlarga asosanib aytish mumkin, teri yuzasida boʻladigan kasallikni, asosan tilla rangli stafilakokk va kam xollarda oq stafilakokklar chaqirishi maʼlum boʻldi. Baʼzi xollarda (stafilakokk va ichak tayoqchasi) birgalikda kuzatiladi. Kasallik, teri yuzasidagi jaroxatlanishlar (shilinish, tirnash va boshqalar) natijasida, xususan buzarlarni siqish, anemiya, vitaminlar yetishmasligi, uzoq vaqt boshqa kasalliklar bilan ogʻrikan bemorlarda, allergik kasalliklar va shaxsiy gigiena qoidalarining buzilishidan kelib chiqadi.

Patogenizi. Mikroorganizm bilan, makroorganizm oʻrtasida muvozanatning buzilishi. Jaroxatdan organizimga tushgan mikroblar, toqimalar oraliqligiga joylashadi va oʻzi uchun qulay muxit yaratatib, atrof toqimalarni yemirib, oziqalanib destruktiv jarayoni chaqiradi. Shu soxada shish yuzaga keladi, qon, limfa aylanishi buzilishi natijasida, maxalliy nekroz yuzaga keladi. Ifeksiya yana xam kupayadi va oʻzidan turli toksinlarni ishlab chiqarishi natijasida, kasallikning maxaliy va umumiy belgilari namoyon boʻladi.

Klinikasi. Klinik kechimiga kora uchta stadiyasi tofovut qilinadi:

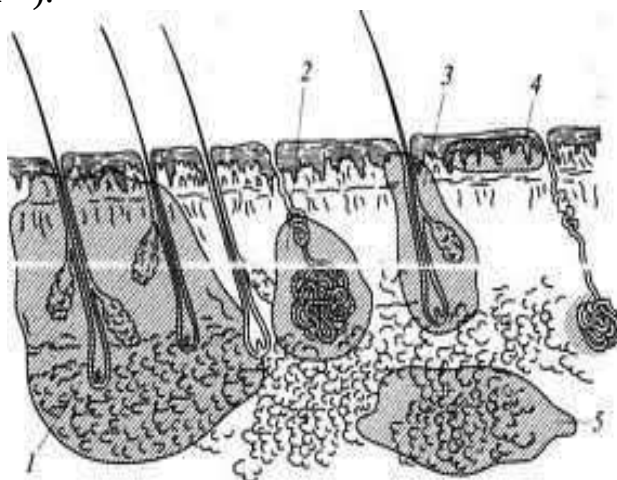
1. Infiltrat xosil boʻlish stadiyasi;
2. Yiringlash va nekroz stadiyasi;
3. Bitish stadiyasi

Yalliqlanish boshlanishida, soch folikulyasi atrofida, chegaralari aniq boʻlmagan qizgʻish rangdagi qattiq xosila, shu soxada sanchiq yoki ogʻriq boʻlishi bilan boshlanadi. Soch tuki atrofida (soxasida), qizarish, shish, tuguncha shaklida infiltrat xosil boʻladi. Kasallikga xos boʻlgan yana bir belgi, bemor shu soxadagi

qichishishga (zud) va yengil sanchiqqa shikoyat qiladi. Birinchi va ikkinchi kunlar oraliğida, yalliğlangan infiltrat yana xam ʻsadi va kattalashadi. Uning korinishi konus shaklida boladi, atrof soğlom toqimadan ularoq shishgan (kotarilgan) boladi. Shish soxasidagi teri qizargan, paypaslaganda infiltrat oğriqli boladi. Yalliğlangan yuzada, uning markazida, oqish yoki qora doğ korinishida, frunkul sterjini (nekrozning boshlanishi) koriladi. Keyingi kunlarda oğrik kuchayadi, soch tuki yonidan, uning markazidan yiring chiqa boshlaydi. Kasallikning 3 – 7 kunlarida, xosil bolgan sterjin, ʻlik toqimaga aylanadi va atrof toqimalardan ajralib, jaroxat ʻrnidan chiqadi. Sterjen ajralmasa uni operatsiya yoʻli bilan olib tashlanadi. Jaroxat ʻrni boshashadi, oğriq toxtaydi, bir necha kun ichida jaroxat bitadi. Kasallikning klinik korinishi, kechishi va undan keyin boladigan asoratlari, frunkulning joylashish joyiga boğliq boladi. Agar frunkul tashqi eshitish yolida, yuzda, yuqori labda, oğiz burchagida, burunda bolsa kuchli oğriq va shish boladi. Bu soxalardagi furunkulda, oldiniga maxaliy ogarishlar, kuchli shish, oğriq, keyinchalik umumiy klinik belgilar, bosh oğriğı, ichki zaxarlanish, tana xaroratining kotarilishi kuzatiladi. Frunkulni siqilsa, shish, oğriq kuchayadi va jarayon chuqurlashib, bemor axvoli oğirlashadi. Tomboflebit, limfadenit, limfangoit, sepsisga otadi va olimga sabab boladi. Furunkulni yengil, kasallik davolasi boladi deb xulosa qilish kop xollarda oğir asoratlarga olib keladi.

Diagnostika. Oldiniga anamez yiğiladi, kasallikning boshlanishi, davomiyligi, qilingan davo muolajalari soroladi. Furunkulni asosan vezikal koruvda aniqlanadi, uning joylashgan joyiga, egallagan maydoniga, maxaliy ʻzgarishlarga etibor qaratiladi. Palpasiyada qilinib, maxaliy xarorat, oğriq, infiltrat, flyuktasiya aniqlanadi. yuz, labdagi furunkulda, oğiz boshliğı, shilliq qavati, jağ osti limfa tugunlari, palpasiyada qilinadi. Quloq ichida joylashgan furunkulni instrument yordamida koriladi. Asoratlangan formalarida, boshqa mutaxasislar tomonidan konsultasiya qilinadi, UTT va KT ʻtkaziladi. Umumiy qon taxlili, qoni va yirigni bakpassivga olinadi. Asaratlangan xollarda, leykositoz kuzatiladi, EChT oshadi.

Differensial diagnostika. Hidrodenit, sibir yarasi, psevdofurunkulyoz, infeksiyon granulyoma va boshqa teri yuzasidagi kasalliklar bilan differensasiya qilinadi (rasm -).



Rasm - . Differensial diaqnoz; 1-Abces. 2- Hidrodenit.3- Frunkul.

4-Saramas. 5-Flegmona

Davosi. Kasallikda ambulator va stasionar davo qilinadi. Biz yuqorida aytib o'tganimizdek, furunkulning joylashish joyiga, korinishiga, maxaliy va umumiy klinik belgilariga etibor qilinadi. Boshlanish bosqichida, ambulator maxaliy davo, mazli (Vishnevskiy, levomikol va boshqa) boylamlar qoyiladi, fizioterapiya muolajalari (UFO, UVCh, kvars) buyiriladi. Yiringli ajralma chiqaboshlanganda, gipertonik ritma bilan boylamlar qoyiladi. Jarayon chozilib, umumiy ozgarishlar bolganida, xirurgik yol bilan, otkir tig'li skalpelda ochiladi.

Kasallikning umumiy belgilari, asoratlanish alomatlari bolganida, stasionar davo muolajalari otkaziladi. Og'riqa qarshi (analgin 25 – 50%), antibiotiklar, infuzion terapiya, antistafilakokkli gammoglobulin, immunoglobulin va boshqalar qilinadi. Tana xarorati yuqori bolmasa, fizioterapiya muolajalari (UFO, UVCh, kvars) boshlanadi. Qol oyoqlardagi furunkulda, immoblizasi qilinadi, xarakat cheklanib, og'riqni oldi olinadi. Lab, yuz soxalaridagi furunkullarda, suyuq ovtqatlar buyriladi, chaynamaslik va kop gapirmaslik kerak.

Davo muolajalari asosli ravishda olib borilsa, asoratlar kam boladi yoki bolmaydi.

Furunkulyoz – teri yuzasining turli joylarida (bir nechata) soch xaltachasining, yog' bezlarining yiringli yalliqlanishi. Bittasi yorilib, tuzalsa, yana boshqasi chiqadi (residiv), qaytalanuvchi yoki bir vaqtning ozida bir nechatasi yetiladi. Oganizimdagi immunobiologik xolat, uzoq vaqt davom etgan kasalliklar va boshqa bir qancha sabablarga kora furunkulyoz kelib chiqadi (rasm – 30).



Rasm - 30. Furunkulyoz

Etiologiyasi. Klinikada otkazilgan labarator tekshiruv (yiringli ekma) natijasiga kora, adabiyotlardagi ma'lumotlarga asoslanib aytish mumkin, kasallikni, tilla rang stafilakokk va kam xollarda oq stafilakokklar chaqiradi.

Patogenizi. Jaroxat orqali toqima oralig'iga tushgan mikroblar, shu soxadagi toqmalarni yemiradi va destruktiv jarayoni chaqiradi. Ozidan kop miqdordagi toksinlar ishlab chiqaradi, teri va teri ostida shish kuchayib, maxaliy nekroz kuzatiladi. Qon tomir, limfa tomirlarida oqim izdan chiqadi va toksinlar

organizimga sorilishi kuchayadi. Qon tomirlar anostomozlari yaxshi rivojlangan, boshning soch va boyin soxalaridagi yallig'lanishlar, uzoq choziladi.

Klinikasi. Erta yoshdagi bolalarda, kasallikning kechishi, umumiy o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Bola injiq, bezovtalangan, uyqusi buzilgan, ichki zaxarlanish, ishtaxasizlik, tana xaroratining kotarilishi bilan namoyon bo'ladi. Teri yuzasida, bir nechata yetilgan, yiringli xosilalar va xali aniq bir korinishga ega bo'lmagan, kichik – kichik xajimdagi soch tolalari asosidagi qizarishlar bolgan furunkullar korinadi. Palpasiyada, og'riqli, qattiq, xosilalar aniqlanadi. Ochilib yorilgan furunkullar ornida, qora dog'lar koriladi. Ba'zi xollarda ular bir birlariga qo'shiladi va abssega aylanadi. Bunda kasallikning klinik korinishi, umumiy belgilari tez rivojlanadi. Ichki zaxarlanish evaziga bemorning umumiy axvoli og'irlashadi, tana xarorati (39°C) kotariladi. Qaytalanuvchi, residiv, furunkulyozda, doimiy intoksikasiya, anemiya va sepsis alomatlari kuzatiladi. Umumiy qon taxlilida, lekositoz, EChT oshadi, anemiya kuzatiladi.

Diagnostikasi. Oldiniga anamez yig'iladi, kasallikning boshlanishi, davomiyligi, boshqa kasalliklarni otkazganligi va otkazilgan davo muolajalari soriladi. Furunkulyozni xam vezikal koruvda aniqlanadi, uning joylashgan joyiga, egallagan maydoniga, maxaliy o'zgarishlarga etibor qaratiladi. Palpasiya qilinib, maxaliy xarorat, og'riq, infiltrat, flyuktasiya aniqlanadi. Yallig'lanish maydoniga qin soxadagi limfa tugunlari, palpasiya qilinadi. Asoratlangan formalarida, boshqa kasalliklar bo'lganida, boshqa mutaxassislar koruvu tavsiya qilinadi, UTT va KT otkaziladi. Umumiy qon taxlili, qoni va yirigni bakpassivga olinadi. Asoratlangan xollarda, leykositoz kuzatiladi, EChT oshadi.

Davolash. Davolash tartibi xam furunkuldagidek, bazi xollarda xirurgik maxaliy davo muolajalari farqlanadi. Umumiy davolash deyarli bir xilda olib boriladi.

Karbunkul (xoppoz) – katta maydonda bir nechata soch xaltachasining, teri bezlarining, teri osti yog' qatlamining otkir nekrotik yiringli yallig'lanishi. Kop xollarda yakka xolda uchraydi. Bolalar yoshida, kasallik kop uchraydigan soxalarga, boyining orqa va katta uyatli lablar soxasi kiradi. Bu yiringli kasallik bolalar yoshida kam uchraydi, yog' qatlami yaxshi rivojlangan, qantli diabetga chalingan va tez – tez kasalikka chalinuvchi bolalarda kuzatiladi (rasm – 31).



Etiologiyasi. Kasallikni asosiy qoʻzgʻatuvchisi, tilla rangli stafilakokk, stafilakokk va streptakokk birgalikda, baʼzida streptakokk xam yakka xolda chaqiradi.

Patogenezi. Katta maydonda, teri, teri osti yoʻg qatlamida, yiringli destruktiv nekrotik jarayon kuzatiladi. Bu soxadagi infeksiya tez rivojlanadi, buning asosiy sababi, qon tomirlar anastomizi va toksinlarni xaddan tashqari koʻplab ishlab chiqarishi.

Klinikasi. Kasallikning boshlanishida, bemorning shikoyati, boʻyin ensa soxada taranglashuv va yorib chiqayotgan oʻgʻriqqa. Yiringli maydon yuzasi, vulqon oʻrnidagi doʻglarni eslatadi. Korbunkulning xajmi, 3x3 sm – 8x10 sm kattalikda boʻladi. Boshqa kasalliklardan farqi, nekrotik jarayon chuqurlashadi va fassiyagacha boradi. Boshqa yiringli yalliqlanishlardan oʻlaroq, kasallik tez avj oladi va umumiy oʻzgarishlar bilan namoyon boʻladi. Yalliqlanish tez tarqaladi, chuqurlashadi va qon tomirlarda koʻplamchi trombozlar xosil boʻladi. Shu soxada maxaliy nekroz, shish va oʻgʻriq kuchayadi. Bemor boshini yon tomonga xarakatlantira olmaydi, xarakatda oʻgʻriq kuchayadi. Ichki zaxarlanish kuchayib, bemorning uyquasi buziladi, tana xarorati (39-40°C) koʻtariladi va qusadi. Katta maydonda, infiltrat, yiringli ochoqlar va nekroz, koʻriladi. Vaqt oʻtishi bilan kasallik davom etib, ikkinchi bosqichga, sepsisga oʻtadi va bemorning umumiy axvoli yana xam oʻgʻirlashadi. Kuchli oʻgʻriq, ichki zaxarlanish evaziga yurak qon – tomir faoliyatida oʻzgarishlar, taxikordiya kuzatiladi.

Kopchilik xollarda, limfangoit, limfadenit, tromboflebit kuzatiladi.

Diagnostikasi. Oldiniga anamnez yigʻiladi, kasallikning boshlanishi, sabablari aniqlanadi. Umumiy koʻruv, maxaliy va umumiy oʻzgarishlarga etibor qilinadi. Palpasiyada infiltrat maydoni, oʻgʻriq va maxaliy xarorat aniqlanadi. Umumiy qon taxlilida lekositoz, EChT oshadi. Qon va umumiy siydik taxlilida, qant miqdori oshadi.

Davosi. Bolalar yoshida bu yiringli yalliqlanish kasalligi kam uchraydi kattalardan oʻlaroq, stasionar sharoitida davolanadi. Kasallikning boshlanishida konservativ umumiy simptomatik; antibakterial terapiya, oʻgʻriqsizlantruvchi vositalar va mazli boylam (Vishnevskiy, levomikol, levosin, dioksidin, sulfamekol va boshqalar), bir kunda, bir maxal koyiladi. Fizioterapiya; lazer nurlari, UFO, UVCh va boshqalar yalliqlanish maydonidagi oʻzgarishlarga qarab buyiriladi. Yiringli yalliqlanish maydoni aylanasi boylab, soʻgʻlom toʻqima soxasidan, antibiotikni novakainga eritib (3 – 4 soxadan) qamal (blokada) qlinadi. Bemorning xarakati cheklanadi, suyuq ovqatlar, parhez buyiriladi. Oʻgʻriqsizlantruvchi vositalar va yurak qon-tomir faoliyati uchun davo muolajalari tavsiya qilinadi. Qlingan davo yordam bermasa, xirurgik yoʻl bilan kesimlar qilinadi va nekrektomiya oʻtkaziladi. Infuzion terapiya va zaruratga koʻra, antistafilakokkli imunoglobulin, gammaglobulin buyiriladi.

Malakali, foydali davo muolajalar oʻz vaqtida boshlansa, natija yomon boʻlmaydi. Sepsisga oʻtganida, davolash choziladi va boshqa asoratlarga sabab boʻladi.

Gidrodenit – teri bezlaring yiringli yallig'lanishi. Bu kasallik asosan katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Qoltiq ostida soxasida, qizlarda tashqi jinsiy a'zolarida uchraydi. Kop terlashdan, teri kasalliklarida (ekzema), qoltiq osti jaroxatlarida, shaxsiy gigiena qoidalarining buzilishidan yuzaga keladi (rasm – 31).



Rasm - 31. Gidrodenit

Etiologiyasi. Kasallikni chaqiruvchisi, asosan tilla rangli stafilakokk va stafilakokklar assosiasiyasi. Infeksiya , teri yuzasidagi ifloslangan, jaroxatlardan, infeksiya oridan, yiringli yallig'lanishlardan teri bezlariga va limfa tugunlariga otadi. Sekin astalik bilan kopayadi va atrof toqimalarga tarqaladi, limfa tugunlariga ta'sir korsatadi, yallig'lanadi, limfa tugunlari kattalashadi.

Patogenezi. Infeksiya boshqa kasalliklardagidek, maxaliy muxitga moslashadi va kopayib, destruktiv yirngli jarayoni chakiradi. Ma'lum bir soxadagi bitta limfa tuguni yallig'lanadi va keyinchalik bir nechatasi bir biriga jipslashadi, yopishadi jarayon tarqaladi. Yallig'lanish soxasidagi infeksiya kupayadi va toksinlar ishlab chiqara boshlaydi, yallig'lanish yon atrof toqimalarga tarqaladi.

Klinikasi. Kasallikning klinik belgilari, asta sekinlik bilan namoyon bo'la boshlaydi. Oldiniga shu soxada qichish (zud), keyinchalik terida qizarish, og'riq, limfa tugunlarining kattalashishi kuzatiladi. Keyinchalik katta maydondagi bir nechata limfa tugunlariga otadi, shu soxadagi teri rangi, qizg'ish kokimtir tusga kiradi, infiltrat, shish va og'riq kuchayadi. Destruktiv jarayon rivojlanadi, flyuktuasiya va uning markazidagi, kichik teshikdan, quyuq yiring ajrala boshlaydi. Boshlanishdagi qattiq infiltrat, 5 – 7, 8 - 10 kunda yetilib, flyuktuasiyaga aylanadi. Bemor qolini bir oz tanasidan uzoqlashtirib, kotarib yuradi, xarakatlantirganda og'riq kuchayadi. Jarayon chozilsa, atrofga tarqaladi, otkir osti formasiga otadi.

Diagnostikasi. Oldin kelib chiqish sababi (anamnez) soroladi. Diagnoz qoyish qiyinchilik to'g'dirmaydi. Qoltiq osti va jinsiy a'zo atrof soxasida, yiringli yallig'lanishni alomatlari, qizarish, shishni koramiz. Palpasiya qilganimizda shu soxada qattiq infiltrat, og'riq boladi. Limfa tugunlarining bir biriga birikganligi

aniqlanadi. Kasallikning boshlanishda umumiy qon taxlilida o'zgarishlar bo'lmaydi, keyinchalik residiv xoldagisida qisman lekositoz kuzatiladi.

Differensial diagnostika. Tuberkulez (sil), limfagranulematoz, limfasarkoma va sepsis bilan differensiasiya qilinadi.

Davosi. Kasallikning birlamchi belgilari bo'lganida, maxaliy; spirt aralashmasi (bir kunda, 3x4 maxal), UFO, kvas, UVCh beriladi. Yiringli jarayon bo'lganida, xurugik davo boshlanadi (insizio-kesiladi), perikis+furasilin bilan yuvulib, gipertonik+spirtli boylam qoyiladi. Fizioterapiya muolajalari davom qiladi.

Abssess – a'zodagi, to'qimalar oralig'idagi chegaralangan yiringli xosila. Abscesslar: tashqi, teri yuzasidagi, jaroxatlardan, yumshoq to'qimalardagi kasalliklarning asoratlanishidan, ichki a'zodagi, qon quyilishidan (yorilishidan), shikastlanishlarda, mikroorganizmlar gematogen yo'l orqali o'tishidan kelib chiqadi. Shuningdek, ineksiya, a'zodagi operatsiyalardan keyin, aseptika, antiseptika qoidalariga amal qilinmagan xollarda va boshqa bir qancha sabalarga kora xosil bo'ladi. Umumiy yiringli infeksiyada, gematogen metastazi sifatida (metastatik abscess) uchraydi. Xosil bo'lgan abscessning, ichki devorini, yupqa piogen mebrana, tashqi devorini granulyasion to'qima tashkil qiladi. Piogen qobiq, yiring va nekrotik to'qimani o'z ichiga oladi, infeksiya atrof to'qimada yig'ilgan eksudatlardan oziqalanadi. Mikroorganizm o'zini ximoya qilish uchun xarakt qilsa, makroorganizm unga ta'sir krsatadi, destruktiv jarayon atroflarida qopol chandiqli qobiq xosil qiladi. Bemor organizimi kuchlilik qilsa uni bir necha vaqtgacha, qamrab oladi, yorilishiga imkon bermaydi. Organizim kuchsiz bolib, boshqa kasalliklar qoshilsa, abscess kattalashadi va yoriladi (rasm - 32).



Rasm - 32. Absses

Etiologiyasi. Adabiyotlardagi ma'lumotlar, klinik labarator xulosalar va o'z tajribamizga asosanib aytishimiz mumkin. Kamdan kam xollarda abscessni bitta yoki ikkita infeksiya chaqiradi. Kopchilik yalliqlanishlarda, ikkita – uchta infeksiya birgalikda bo'lishi ma'lum boldi (kompleks inf). Infeksiyalarning birgalikda uchrashi: 1.Stafilakokk, streptakokk, ichak tayoqchasi; 2. Stafilakokk, kok yiring tayoqchasi va ichak tayoqchasi.

Patogenizi. Abssessning boshlanishida, ma'lum bir soxada toqimalar aro infiltrat xosil bo'ladi va keyinchalik yiringli eksudatga aylanadi. Fermentlar, lekositlar yig'ilishi evaziga, ma'lum bir soxada toqima emrilib yallig'lanadi va yiring bilan to'ladi. Abssessning boshlanishida, uni chegaralovchi devor (kapsula), yiringli fibrin va nekrotik toqima bilan qoplangan bo'ladi. Demarkasion yallig'lanish, infiltrat, atrofida keyinchalik piogen menbrana xosil bo'ladi, bu absstesning chegaralovchi qobiq bo'ladi. Piogen menbrana, qon tomirga boy bo'lgan granulyasion toqima absstesga xos. Yuza joylashgan abssteslar tolishgandan keyin, bosim oshadi, yoriladi va undan yiringli ajralma ajraladi.

Klinikasi. Absstesning joylashish joyiga, xajmiga va kelib chiqish sababiga kora, klinik kechimi turlicha korinishda bo'ladi. Kopchilik xollarda, yumshoq toqimalardagi yiringli yallig'lanishlarning asoratlanishidan yuzaga keladi. Ichki a'zoldagi absstslarning xajmi va korinishi tashqisidan ancha farqlanadi, yumaloq shaklda bitta boshliqli, birnecha kamerali bo'lishi mumkin bo'ladi. Tashqi joylashgan absstslarga xos belgilar; ma'lum bir soxada shish, teri qizarishi, og'riq, flyuktuasiya (flyuktuasiya simptomi). Agar absstes chuqur joylashgan bo'lsa, yuqoridagi korinishlar bo'lmaydi. Absstes (yiring) toplangan soxa, yumshoq konsistensiyali bo'lib, urub korilganda, qolga suyuqlik to'ldiradi. Oldin aytganimizdek yumshoq toqimalardagi yiringli yallig'lanish belgilari; qizarish, shish, maxaliy xarorat, og'riq kuzatilsa, keyinchalik kasallikning umumiy belgilari; (bolaning yoshiga kora) ichki zaxarlanish, ishtaxasizlik, xolsizlik, umumiy tana xaroratining kotarilishi, uyqusining buzilishi bilan namoyon bo'ladi. Laborator taxlillarida (umumiy qon taxlilida), lekositoz va EChT oshadi. Kunduzgi tana xaroratidan, kechgi tana xarorati ($2,5^{\circ}\text{C}$) farqi bo'ladi. Boshning soch, boyin soxalaridagi absstslarda, kuchli bosh og'rig'i, qusish va uyqusizlik kasallikga xos bo'ladi.

Diagnostikasi. Anamnez; kasallikning boshlanishi, sababi, qilingan davo muolajalar etiborga olinadi. Umumiy koruv, absstesning joylashgan soxa, xajmi, atrof toqimalardagi ozgarish, qizarish, xosila va boshqalar koriladi. Palpasiyada, maxaliy xarorat, infiltrat, og'riq, flyuktuasiya aniqlanadi. Laborator taxlillarida; leykositoz, EChT oshadi. Qoshimcha vosita, maxaliy og'riqsizlantrish ostida, diametri katta niyna yordamida punksiya qilinadi va yiring olinadi. Olingan yiringni bakpassivga topshiriladi, qozgatuvchisi va antibiotikga sezuvchanligi aniqlanadi. Ichki a'zoldagi absstslarni, rentgen, UTT, KT yordamida aniqlanadi.

Differensial diagnoz. Tashqi absstslarni, gematomalardan (qon talash), gidrodenit, adenaflegmona, tomirlar anevrizimi, yumshoq toqimalardagi (mioma va boshqa) osmalar bilan differensasiya qilinadi. Ichki a'zoldagi absstesni, travmalar natijasida bo'ladigan qon talash, tug'ma va ortirilgan kistalardan, exinakokk kistasidan, opkaning bakterial destruksiyasi opka shakli, bulladan, infiltrat va osmalardan farqlanadi/

Davosi. Absstes diagnozi tasdiqlangach, xirurgik muolaja otkaziladi. Tashqi absstslarni ochishda, uning joylashgan orniga, tomir va limfa tarmoqlanishiga etibor qilinadi. Kichik yoshdagi bolalarda, absstes umumiy og'riqsizlantrish ostida ochiladi, katta yoshdagilar bolalarda maxaliy og'riqsizlantrish ostida (0,25, 0,5, 1%

novakain qilinib) kesim otkaziladi. Boshliq perikis vodorod 3% va furasillin bilan yuvulib, rezinali kertmak (vipusnik) qoldiriladi, gipertonik boğlam qoyiladi. Umumiy simptomatik davo; infuzion terapiya antibakterial terapiya sezuvchanligiga qarab, buyriladi. Tana xarorati normal korsatgichlarga tushganidan keyin, fizioterapiya muolajasi; UVCh, elektrofarez buyriladi.

Flegmona – teri, teri osti, mushaklar oraliğiga tarqalgan otkir yiringli jarayon. Boshqa yiringli yalliğlanishlardan farqi, yon tomon va chuqur joylashgan toqimalar aro tarqalganligida. Flegmonalar bola gavdasining xamma soxasida va ichki a'zolarida bolishi mumkin. Flegmona ozi birlamchi va boshqa yiringli kasalliklarning asorati sifatida, ikkilamchi boladi. Teri yuzasida boladigan jaroxatlar; kesilgan, sanchilgan, kuygan, ifloslangan va teridagi yiringli yalliğlanishlar sababli kelib chiqadi. Shuningdek turli xildagi travmalar; qon talash (gematoma), osteomielit va boshqalar natijasida yuzaga keladi. Ajralmaga kora; seroz, yiringli, yiringli – gemorogik, chirituvchi (gnilostnie) formalari tafovut qlinadi. Joylashish joyiga kora; teri osti, podaponevrotik, suyak posloği osti (podnadkostnichnu) pi va subfasial (mushaklar aro) formalari boladi. Ba'zi bir a'zoldagi yiringli jarayon; buyrak tashqi yoğ qatlami yalliğlanishni (paranefrit), ichak yon devorlaridagi – parokolit, toğr ichak yon tomonidagi – paropraktit deb yuritiladi. Bolalar yoshida flegmonalar, teri osti yoğ qatlamida kop uchraydi. Ineksiyalardan (m\o) keyn boladigan flegmonalar, antiseptika qoidalari buzilishidan, tomirlar zararlanib (gematoma), ba'zi bir dori vositalari chuqur mushak orasiga qilinmasa, shu soxada maxaliy nekroz boladi, infeksiyaning tushishiga va kopayishiga muxit (oziqa) ratiladi.

Bolalarda, flegmona kop uchraydigan soxalar; boshning soch soxasi, (chakka, ensa), boyin (jağ osti, iyak osti), kokrak qafasining old va orqa yuzasida, bel, dum - dumğaza, qol, oyoq va boshqa soxalarda (rasm – 33 – 34).



Rasm - 33. Panja soha flegmonasi



Rasm -34. Oraliq soha flegmonasi

Etiologiyasi. Yumshoq toqimalardagi yiringli yalliğlanishni chaqiruvchisi, tilla rangli stafilakokk, stafilakokk, streptakok va boshqa infeksiyalar xam birgalikda qozğatishi mumkin. Infeksiya organizimga, teri jaroxatlaridan, gematogen, limfogen yolar orqali tushadi. Ajralmaning korinishiga qarab,

taxminan uni chaqiruvchisini aniqlash mumkin bo'ladi (kõkimtir, sarg'ish, nekrotik toqimalar bilan birga va boshqa korinishda) .

Patogenezi. Xar qanday mikroorganizm toqima orasida, sekin astalik bilan kopayadi, ozidan toksinlar ishlab chiqaradi va destruktiv jarayoni yuzaga keladi. Yiringli maydon qancha keng tarqalsa, infeksiya shunchalik tez kopayadi va qon, limfa aylanishi izdan chiqadi, shish paydo bo'ladi. Yiringli jarayon oldiniga yon tomonga, keyinchalik chuqur joylashgan toqimalar orasiga tarqaladi, tomirlarda emboli va natijasida nekroz kuzatiladi. Ayniqsa chaqaloqlik davrida bu jarayon nekrozga koproq sabab bo'ladi (nekrotik flegmona deb yuritiladi).

Klinikasi. Flegmonaning korinishi, boshqa yiringli yalliqlanishlardan klinikasi bilan farqlanadi. Teri yuzasidagi qizarish, kõkarish, kõkimtir – qoramtir ranga kiradi, shish õgriq tez tarqalib, maxaliy xarorat va umumiy tana xarorat (40°C) va undan yuqoriga kõtariladi. Agarda bu jarayon yuz, boyin soxalarida bo'lsa, juda xafli korinish oladi va bemorning umumiy axvoli õgirlashadi. Shish tez tarqalib, õgriq kuchayadi, gapirish va yutinish qiyinlashadi. Teri yuzasidagi tomirlar tõlishib, kõkimtir ranga kiradi, nafas olishi, tomir urishi (puls) tezlashadi. Boshning soch soxasidagi flegmona, teri osti, podaponevrotik va suyak pustloõi osti soxalariga tarqaladi. Kasallikning maxaliy belgilariga; shish, õgriq, flyuktuasiya kiradi. Qisqa vaqt ichida bemorning umumiy axvolida õgirlashadi, nafas, yurak qon – tomir etishmochiligi va meningit alomatlari kuzatiladi.

Kasallikning klinik kechishida, flegmonaning orni, xajmi, bolaning yoshi muxim axamiyatga ega. Ba'zi xollarda uning maxaliy belgilari bo'lmasdan, umumiy belgilari tez namoyon bo'ladi. Ichki zaxarlanish, umumiy xolsizlik, qaltirash, bosh õgriõi, qusish, qorining dam bo'lishi, nafas etishmovchiligi, yurak qon-tomir etishmovchiligi, buyrak etishmovchiliklari kuzatiladi. Umumiy qon taxlilida, lekositlar juda yuqori (lekositoz), neytrofileoz, EChT oshgan bo'ladi.

Ba'zi bir xollarda ikkilamchi flegmonalar; osteomielitdan, yiringli artrit, yiringli plevrit va boshqa yalliqlanishlar evaziga yuzaga keladi. Kasallik tarqalganda, yiringli artrit, tendovaginit, limfadenit, limfangoit, tromboflebit kuzatiladi. Oõir asorati, bosh va yuz soxalaridagi flegmonalarda bo'ladi, meningit, sepsis va olinga sabab bo'ladi.

Diagnostikasi. Oldin kelib chiqish sababi (anamnez) soroladi. Diagnostoz qoyish qiyinchilik toõdirmaydi. Yiringli yalliqlanishni alomatlari, qizarish, shishni koramiz. Palpasiya qilganimizda shu soxada õgriq, махалий харорат, флютуация аниқланади. Умумий қон тахлилларида lekositoz kuzatiladi

Differensial diagnostika. Abssess, abscesslanuvchi frunkul, furunkulyoz, osteomielit, artrit, saramas bilan differensasiya qlinadi.

Davosi. Deyarli bemorlarning xammasi xirugiya bo'limlarida davolanadi. Ambulator sharoitida 12 yoshdan katta bo'lgan, jarayon chegaralangan bo'lsa, davo qilsa bo'ladi.

Umumiy õgriqsizlantrish ostida, tomirlar yonalishi va teri egati yonalishi boylab bir nechata kesimlar otkaziladi. Yiringli soxa perikis 3%, furasillin bilan yuvuladi va gipertonik + spirtli boylam qoyiladi, xar 4x6 soatda almashtirib turiladi. Umumiy davo muolajasi; infuzion terapiya, antibiotik, uobitiklar,

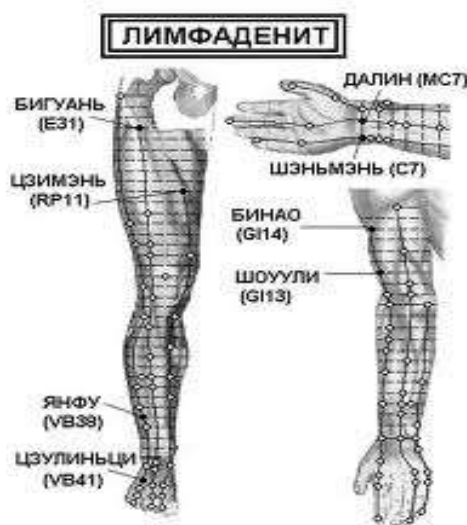
nistatin, albumin, antistafilakokkli immunoglobulin, gammoglobulin, vitaminlar beriladi. Kasallikning 2-3 kunidan boshlab fizioterapiya , UFO, UVCh va boshqalar buyriladi.

Asorati. Meningit, yiringli artrit, trombofilibit, plevrit, peritonit, qopol chandiqlanish va sepsis. Limfa tugunlari va tomirlarida boladigan yiringli yalliqlanish kasalliklari

Limfa tugunlari va tomirlaribning yiringli yalliqlanishilari

Limfadenit (Lymphadenitis) – limfa tugunlarining yiringli yalliqlanishi. Teri yuzasida boladigan yiringli yalliqlanish kasalliklari, ifloslangan jaroxat, kuyish kasalliklari, yuqori nafas yo'lari, o'giz boshlig'idagi jaroxat va kasalliklar sababli limfadenit kelib chiqadi.

Limfadenit birlamchi va ikkilamchi boladi. Limfa tugunlari kattalashganda, uning sababini aniqlash, boshqa kasalliklarni sorab surishtrish lozim. Tashqi limfa tugunlari tiqis va kop joylashgan soxalar, boyin va chov soxalaridir (rasm-35).



Rasm - 35. Limfa tugunlar, tomirlar joylashish sohalari va yo'nalishi

1 – 3 yoshgacha bolgan bolalarning; jaғ osti, iyak osti, boyin soxalarida limfadenit kop uchraydi. Qoltiq osti, tizza orti, bilak bukuluvchi yuzalaridagi tugunlarda, yalliqlanish kamdan kam xollarda kuzatiladi. Limfadenitning, otkir, surunkali, spesifik (sil, aktinamikoz va boshqa) va nospesifik formalari tafovut qilinadi. Yuqori nafas yo'llarining kasalliklarida, infeksiyon kasalliklarda, yumshoq toqima, suyak va buғumlarining yiringli kasalliklari, turli xildagi jaroxatlarning ifloslanishdan, limfa tugunlari zararlanadi. Tishlarda, tomoq, burun va quloqda boladigan yalliqlanishlardan, boyin soxasidagi limfa tugunlari zararlanadi. Oyoq (panja soxalarida) boladigan, jaroxatlarning infeksiyalanishida, chanoq a'zolari va

tashqi jinsiy a'zolaridagi yalliqlanishlarda, chov tugunlari ta'sirlanadi. Ba'zi xollarda chuqur joylashgan, limfa (chov va chanoq soxalari) tugunlari yalliqlanadi. Limfadenit bolalarda; stomatit, skarlatina, qizamiq (kor), suv chechak (vetryanka) va boshqa kasalliklardan keyin boladi. Gudak yoshidagi bolalarda limfadenit, BSJ vaksinasi sidan keyin kuzatiladi. Katta yoshdagi bolalarda brusellyoz kasaligida, limfa tugunlari bilan birga taloq xam kattalashadi (rasm – 36).



Rasm - 36. Limfadenit

Etiologiyasi. Nospesifik limfadenitni stafilokokklar, streptokokk va boshqa yiringlatuvchi infeksiyalar qozgatadi. Limfadenitni yumshoq toqima, suyak va buqumlardagi yiringli kasalliklar (korbunkul, frunkul, saramas, osteomielit, tromboflebit, turli yaralar va boshqalar) chaqiradi. Limfa tugunlariga infeksiyalar va ularning toksinlari, gematogen, limfagen, yollar bilan otadi. Birlamchi infeksiya faqatgina, limfa tugunlarining jaroxatlanishidan kelib chiqadi.

Patogenezi. Limfa tugunlariga otgan infeksiya, oldiniga yalliqlanishni keyinchalik yiringli destruktiv jarayoni chaqiradi. Jarayon chuqurlashadi, tarqaladi va absesslanuvchi nekrozga sabab boladi. Chirituvchi infeksiyada esa, limfa tugunlari emriladi (raspad). Soxada serroz eksudat limfa va atrof toqimalarga tarqaladi. Kasallikning boshlanishida, oddiy (kataral) formasida, limfa tugunlari katalashadi, jarayon yon atrof toqimalarga otmaydi. Destruktiv formasida, yiringli yalliqlanish atrof toqimalarga tarqaladi (paralimfadenit). Kasallikning otkir destruktiv formasida davo muolajasi vaqtida boshlanmasa, adenaflegmonaga otadi. Yiringli jarayon katta maydoni egallaydi va asoratlanadi.

Klinikasi. Nospesifik limfadenit boshlanishida, limfa tugunlari kattalashadi, bir biriga yopishadi, shu soxada ogriq boladi. Keyinchalik jarayon chuqurlashadi, maxaliy ozgarishlar, teri qizarishi, infiltrat, maxaliy xarorat, ogriq kuchayadi. Bemorda umumiy xolsizlik, ishtaxasizlik, bosh ogriqi, tanaxaroratining ($38-38,5^{\circ}\text{C}$) kotarilishi, tarqoq ogriq boladi. Bemor boshini, qolini, oyoqini xarakatlantirganda ogriq kuchayadi. Otkir limfadenitda, limfa tomirlarining yalliqlanishi xam kuzatiladi.. Ikkilamchi limfadenitda, limfa tugunlari sekin astalik bilan kattalashadi, kuchli ogriq bolmaydi. Spesefik kasalliklarga xos bolgan asosiy belgilari, bir necha soxalardagi limfa tugunlari kattalashadi. Limfa tugunlari noxat xajmida, yakka- yakka, yong'oq xajmida bir-biriga yopishgan, ogriqli, ogriqsiz,

xarakatchan yoki xarakati cheklangan bo'ladi. Faqatgina destruktiv yallig'lanishlarda limfa tugunlari bir biriga qushiladi, shishadi va og'riqli bo'ladi. Keyingi bosqichda adenaflegmonaga aylanadi, umumiy axvoli og'irlashadi, tana xarorati yuqori kotariladi, ichki zaxarlanish va og'riq juda kuchayadi. Umumiy qon taxlilida, lekositoz va EChT oshadi. Chuqur joylashgan (yonbosh va chanoq) limfa tugunlarning yallig'lanishida, kasallikning klinik ko'rinishi og'ir otati va umumiy ko'rinishlar bilan namoyon bo'ladi. Bemorning oyoqidagi xarakati cheklanadi, kuchli og'riq, ichki zaxarlanish, tana xarorati (39°C) kotariladi. Surunkali nospesifik limfadenitda, limfa tugunlari kattalashadi, qattiq, bir – biriga yopishmagan, kuchsiz og'riq bo'ladi. Uzoq vaqt davomida limfa tugunlari katalashib yuradi, qlingan davo muolajaridan keyn bir oz kichrayadi.

Diagnostikasi. Birinchi navbatda, batafsil anamnez yig'iladi – kasallikning boshlanishi, otkazgan kasalliklari va boshqalar. Umumiy koruv, teri yuzasidagi ozgarishlar, palpasiyada, limfa tugunlari kattalashgan, bir-biriga va atrof toqimalarga yopishgan, og'riqli, xarakat cheklangan bo'ladi. Agarda yallig'lanish jarayoni chuqurlashib, adena flegmonaga otgan bolsa, katta maydonda teri qizarishi va shish ko'riladi. Palpasiyada, yara atroflarida qattiq infiltrat, maxaliy xarorat, markazida flyuktuasiya, aniqlanadi.

Differensial diagnostika. Adenaflegmona, epid parotit, osteomielit, chov churrasi, surinkali nospesifik limfadenit, skarlatina, difteriya, gripp, siflis, sil, limfagranulematoz va boshqa osmalardan differensiasiya qilinadi.

Davosi. Kasallikda ambulator konservativ va stasionar xirurgik davo qilinadi. Boshlanish formalari konservativ davo qilinadi; xarakat cheklanadi, UVCh va antibiotiklar beriladi. Yiringli yallig'lanish va asoratlarda, faol xirurgik aralashuv, xosila ochiladi va maxaliy, umumiy siptomatik davo boshlanadi. Kasallikning umumiy belgilari bo'lgan bemorlarga infuzion terapiya, antibakterial terapiya va fizioterapiya (UFO, UVCh, kvars) buyriladi. Nospesifik formasida, asosiy kasallikni davolash bilan birga, fizioterapiya muolajasi beriladi. Tegishli davo muolaja qilinsa asorat bo'lmaydi.

Adenaflegmona - limfa tugunlarining atrof yumshoq toqimalarning yiringli yallig'lanishi. Boshqa kasalliklarlar, teri yuzasidagi yiringli yallig'lanish kasalliklari evaziga limfadenit va uning asorati sifatida adenaflegmona rivojlanadi. Adenaflegmona kop uchraydigan soxalar, boyin yon atrofi; jağ osti, iyak ostida, chov soxasilari kiradi. Limfadenitda tegishli davo muolajalari foyda bermasa, yiringli yallig'lanish jarayoni atrof toqimalarga tarqaladi va flegmonaga aylanadi. Tashqi limfa tugunlari tiqis, yuza va kop joylashgan soxalar, boyin va chov soxalaridir. Atrof toqimalarda boladigan xar qanday yallig'lanish limfa tarmoqlari orqali limfa tugunlariga ta'sir korsatadi, oldiniga limfadenit va uning asorati adenaflegmona rivojlanadi. 1 – 3 yoshgacha bo'lgan bolalarning; jağ osti, iyak osti, boyin soxalarida adenaflegmona kop uchraydi (rasm - 37).



Rasm - 37. Adenaflegmona

Etiologiyasi. Stafilakokklar, streptakokk va boshqa infeksiyalar qoʻzgʻatadi. Adenaflegmonani, limfadenit, teridagi yiringli kasalliklar (korbunkul, frunkul, saramas, osteomielit, tromboflebit, turli yaralar va boshqalar) chaqiradi. Limfa tugunlariga infeksiyalar va ularning toksinlari, gematogen, limfagen, yollar bilan otadi. Birlamchi infeksiya faqatgina, limfa tugunlarining jaroxatlanishidan kelib chiqadi.

Yalligʻlanish va yiringlashga moyil boʻlgan soxalar: 1) jaʼg osti, 2) iyak osti, 3) koʻrak-omrov-mushaklar aro, 4) ikkinchi boʻyin fassiya oraliʼgida, 5) ichki koʻrak-omrov-mushaklar aro, tomir-nerv yonalishi boʻylab boʻladigan, 6) boʻyining old, yon tomonlarida yuza mushaklar aro boʻladigan zaki, 7) mushaklar xosil qilgan uch burchak oraliʼgida, 8) traxeya oldida, 9) traxeya va qizil ongach orqasida, 10) boʻyin yon soxalaridagi uch burchaklarda, 11) boʻyining old yuzasida, qalqon simon bez yonalishida, 12) boʻyining yon tomonida yuza joylashgan, broxogen kistalar shular jumlasidan.

Patogenezi. Turli xildagi infeksiyalar sabali, boʻyin soxasida bir necha xildagi oʻtkir yiringli yalligʻlanish kasalliklari kelib chiqishi mumkin. Boʻyin atrofiga xosil boʻlgan turli xosilalar: yirik tomirlar, nervlarda, xalqum, traxeya, qizil ongach, qalqonsimon bezidagi boʻladigan yalligʻlanishlar vaziga, oʻgʻir xirurgik kasalliklar, murakkab asoratlarga sabab boʻluvchi xolatlar kuzatiladi. Limfa tugunlariga otgan infeksiya, oldiniga yalligʻlanishni keyinchalik yiringli destruktiv jarayoni chaqiradi. Keyinchalik bu destruktiv jarayon chuqurlashadi, yon atrofga tarqaladi, absesslanuvchi nekrozga va adenaflegmonaga aylanadi. Chirituvchi infeksiyada, limfa tugunlarini yemiradi (raspad). Infeksiya oʻchoʻgidan ajrala boshlangan serroz eksudat limfaga va atrof toʻqimalarga soriladi. Destruktiv yiringli yalligʻlanish jarayoni atrof toʻqimalarga tarqaladi. Yiringli jarayon katta maydoni egallaydi va navbatdagi asoratlarga sabab boʻladi.

Klinikasi. Boʻyin yon atrofiga boʻladigan flegmonalarning asosini – adena flegmonalar tashkil etadi. Soxada, limfa tomirlari, tugunlari juda koʻp va tiqis joylashgan, infeksiyalanishga moyilik boʻladi. Boʻyin yon tomonlarida boʻladigan

adenaflegmonalarning joylashish joyiga kora o'ziga xos klinik ko'rinishlari bo'ladi. Yallig'lan xosilalar, infiltratlar, limfa tugunlari soxalarida (iyak osti, jağ osti) soxalarda bo'ladi. Oldiniga qattiq, xarakatchan, no tekis ko'rinishda bo'ladi. Keyinchalik terida qizarish, oğriq, jarayon chuqurlashadi, maxaliy xarorat, flyuktuasiya aniqlanadi. Bemorda umumiy axvoli o'rtacha oğirlikda, yallig'lanish jarayoni boyining bir tomonini toliq egallaydi. Bemor boshni xarakatlantirmaydi, yon tomonga qaragancha extiyot qiladi (spastik boyin qiyishiqligi), xarakatlantirganda boyinda oğriq kuchayadi. Yiringli jarayon vaqt o'tishi bilan mushaklar aro boshliqlarga tarqaladi va kasallikning ko'rinishi septik ko'rinishda kechadi. Xolsizlik, ishtaxasizlik, bosh oğriği, oğriq quloqlarga beradi, tanaxarorati (38-38,5°C) kotarildi, shu atrofda tarqoq oğriq bo'ladi. Umumiy qon taxlilida, lekositoz va EChT oshadi. Chuqur joylashgan (yonbosh va chanoq) limfa tugunlaring yallig'lanishida, kasallikning klinik ko'rinishi oğir otati va umumiy ko'rinishlar bilan namoyon bo'ladi. Bemorning oyoğidagi xarakati cheklanadi, kuchli oğriq, ichki zaxarlanish, tana xarorati (39°C) kotariladi.

Diagnostikasi. Birinchi navbatda, batafsil anamnez yiğiladi – kasallikning boshlanishi, otkazgan kasalliklari va boshqa kasalliklar soroladi. Adenaflegmonaning diagnostikasi unchalik qiyin bolmaydi. Umumiy koruv, teri yuzasidagi ozgarishlar, palpasiyada, maxaliy xarorat, infiltrat, flyuktuasiya. Boyinda soxasidagi xosila, xarakat cheklanishi, palpatsiyada, xarakatlantirganda oğriqning kuchayishi kasallikdan dalolat beradi. Zaruratga kora, punksiya qilinib yiring olinadi va bakpassivga beriladi.

Differensial diagnostika. Flegmona, boyin oldi va yon tomonlaridagi yallig'langan kistalar va oqmalar bilan, osmalar bilan, magistral qon tomirlar kasalliklar, chov churrasi, surinkali nospesifik limfadenit, skarlatina, difteriya, gripp, siflis, sil, epid parotit, limfagranulyomatoz va osmalardan differensiasiya qlinadi.

Davosi. Kasallikda ambulator konservativ va stasionar xirurgik davo qilinadi. Boshlanish formalari konservativ davo qlinadi; xarakat cheklanadi, UVCh va antibiotiklar beriladi. Yiringli yallig'lanish va asoratlari, faol xirurgik aralashuv, xosila ochiladi va maxaliy, umumiy siptomatik davo boshlanadi. Kasallikning umumiy belgilari bolgan bemorlarga infuzion terapiya, antibakterial terapiya va fizioterapiya (UFO, UVCh, kvars) buyriladi. Nospesifik formasida, asosiy kasallikni davolash bilan birga, fizioterapiya muolajasi beriladi. Tegishli davo muolaja qilinsa asorat bolmaydi.

Yiringli parotit - quloq oldi soxasidagi bezlarining yiringli yallig'lanishi. Bolalar yoshida yirngli yallig'lanish xollari kam uchraydi. Yirngli yallig'lanish; gematogen, limfogen va solak ajratish yollari orqali quloq oldi bezlariga otadi. Shuningdek boyin, oğiz boshliğida otkazilgan operasialardan keyingi davrda xam, yiringli parotit kuzatiladi. Yallig'lanish, kataral ko'rinishda boshlanadi, keyinchalik yiringli destruktiv va oxir oqibat gangrenoz ko'rinishga otadi. Quloq oldi bezlari nekrozga uchraydi va emriladi.

Patologoanotomik oʻzgarishlar turlicha boʻladi, ba'zi bir bemorlarda, bezdagi parenximada, bir nechata, 1-1,5 sm, aloxida-aloxida, yiringli destruktiv ochoqlar boʻlsa, ba'zilarida, bir-biriga qoʻshilgan destruktik jarayon kuzatiladi.

Etiologiyasi. Organizimning kuchsizlanishi, suvsizlanishi, solak ajralishining kamayishi, izdan chiqishi, umumiy infeksiyon kasalliklar va katta operatsiya muolajalaridan keyin yiringli parotit kuzatiladi. Mikroorganizmlar quloq oldi beziga, limfagen, gematogen yoʻllar bilan oʻtadi. Yiringli parotitni qoʻzgʻatuvchilari, stafilokokklar va streptokokklar. Birlamchi – chegaralangan yiringli destruksiyalarda, ikkinchisi – flegmonoz yoki gangrenoz yalliqlanishlardan keyin kuzatiladi. Boshqa yiringli yalliqlanishlardagidek infeksiyaning virulentligi, patogenligi jarayoning yuzaga kelishida muxim rol oʻynaydi.

Patogenezi. Yiringli parotitda, patologoanotomik oʻzgarishlar, turlicha boʻladi. Ba'zi bir bemorlarda, bezlardagi parenximalarda, 1 – 1,5 sm, yiringli xosilalar boʻlsa, boshqalarida, birnecha boʻlakchalarni toʻldirib turuvchi, bir - birlariga tutashgan yiringli xosilalardan iborat boʻladi. Flegmonoz formasida, butun bir bezlarda yiringli yalliqlanish boʻladi va jarayon atrof toʻqimalarga tarqaladi. Bu bemorlarning kopchiligida, yiringli jarayon boyin atrof va chakka soxalariga tarqaladi. Mikroorganizmlarning virulentligi kuchayishi bilan, shish kuchayadi, qon aylanishi izdan chiqadi va oqibatda gangrenoz forma oʻtadi, qisman yoki toʻliq nekroz kuzatiladi. Infeksiya ochoʻgi soxasidagi, tomirlarda reaktiv yalliqlanish, limfa dimlanishi (limfastaz), tromb xosil boʻladi.

Klinikasi. Yuqorida aytib oʻtganimizdek, kasallikning klinik koʻrinishlari, uning shakliga (forma), tarqoqligiga, boʻgʻliq boʻladi. Kasallikning boshlanishida, xamma formalariga xos boʻlgan asosiy maxaliy belgilar; quloq oldi soxasida, osib boruvchi shish, oʻgʻriq, palpasiyada oʻgʻriq kuchayadi. Umumiy oʻzgarishlar; luqmani chaynashda qiynaladi, oʻgʻriq boʻladi, tana xarorati 39 – 40°C kotariladi. Yalliqlanish soxasidagi (yuz, jaʼg) toʻqimalari taranglashadi, teri tortilib, yupqalashadi, qizarish, yutinishda oʻgʻriq xisi kuzatiladi. Vaqt oʻtishi bilan, kasallik avj oladi, bemorning umumiy axvoli oʻgʻirlashadi. Biz yuqorida aytgan shish, boyin, yuz, jaʼg osti soxasiga, ichkariga, oʻgʻiz boshligʻiga tarqaladi. Juda oʻgʻir formalarida, shish yuuqori tanglay va xalqumning yon devorlarigacha bordi. Bola oʻgʻzini ochishga qiynaladi, yalliqlanish jarayoni jaʼg mushaklariga qadar boradi va xarakatini cheklab qoyadi. Oʻgʻiz boshligʻi sinchiklab korilganda, bezdan ajralma chiqish teshigi atroflarida, qizarish, shish koriladi. Yiringli yalliqlanish davom etsa, kasallikning 3 – 4 kunlari, shu yoʻl orqali yiring chiqishini koʻrish mumkin boʻladi. Kasallikning destruktiv formalarida, ba'zi bir bemorlarda, yuz nervsining parezi kuzatiladi. Oʻgʻzini ochishga qiynaladi, yalliqlanish jarayoni va shish chaynovchi mushaklar aro tarqaladi. Ba'zi bir xollarda, kasallik oʻgʻirlashadi, yuz nervsining falajlanishi va maxaliy nekroz kuzatiladi (rasm - 38).



Rasm - 38. Yiringli parotit

Agarda o'z vaqtida, konservativ yoki operativ davo muolajasi boshlanmasa, destruktiv jarayon yuzalashadi va yiring terini yorib chiqadi, oqma xosil bo'ladi. Oqma orqali faqatgina yiring emas balki, quloq oldi bezining qobiği, parenximasi, o'lik toqima xolida ajrala boshlaydi. Umumiy qon taxlilida, lekositoz va EChT oshadi.

Diagnostikasi. Anamnez yig'iladi – kasallikning boshlanishi, boshqa kasalliklarga chalinganligi, konservativ davo muolajalari, operatsiya bo'lgan-bo'lmaganligi soroladi. Umumiy koruvda; maxaliy o'zgarishlar, shish, og'riq, teri yuzasida qizarish, jag' osti, bo'yin soxalariga tarqalgan shish, yiringli parotitning belgilari. Og'iz boshlig'ini korganimizda, shilliq qavatining shishganligi, kasallikning 3-4 kunida, solak yo'llaridan yiring ajralishi kasallikga xos bo'ladi. Umumiy qon taxlilida, lekositoz, neytrofilioz va asoratlangan formalarida, EChT oshadi. Palpatsiya qilinganda, oldiniga maxaliy xarorat, og'riq, infiltratsiya va keyinchalik flyuktuatsiya aniqlanadi. UTT - destruktiv yiringli o'choqlar, bir biriga tutashgan destruktiv nekrotik o'zgarishlar koriladi. Solak tosh kasalligidan farqlash uchun, rentgen qilinadi.

Differensial diagnostika. Yiringli parotit; pidemik parotit, solak tosh kasalligi, flegmona, adenaflegmona, kista va osmalar bilan differentsiatsiya qilinadi. Epidparotitda, boshqa bemorlar bilan bir joyda bo'lganligiga etibor qaratiladi. Shuningdek epidparotitda, noaniq, ma'lum bir chegaraga ega bo'lmagan qizarish va shish bilan farqlanadi.

Limfangit(Lymphangoitis) – limfa tomirlarining ikkilamchi yallig'lanishi. Yallig'lanish jarayoning tarqoligiga, korinishiga kora; oddiy (seroz) va yiringli, kechimiga kora; otkir va surunkali, boğim yuzalaridagi tomirlar o'zgarishga kora; kapilyar (setchatiy), tomir yonashidagi (trunkulyar) formolari kuzatiladi. Panja, barmoq soxalaridagi jaroxatlar va yiringli yallig'lanishlar (furunkul, karbunkul, absess, flegmona, panarisiy) natijasida kelib chiqadi.

Etiologiyasi. Kasallikni qozgatuvchilariga; stafilakokk, streptakokk, ichak tayoqchasi, protey va mikroblar assosiasiyasi kiradi. Limfangitning kelib

chiqishiga, yallig'lanish soxasi, infeksiyaning virulentligi, limfa tomir tizimi (aylanishi), bola organizimning anotomo-fiziologik xisusiyligi katta ahamiyatga ega. Limfangit kopchilik xollarda, boshqa yiringli yallig'lanish kasalliklarining asorati va kichik jaroxatlar sababli yuzaga keladi. Jaroxatdan, yallig'lanishdan mikroorganizmlar, uning toksinlari, toqimalar oraliqiga, keyinchalik limfa kapilyarlariga, tomirlariga, limfa tugunlariga o'tadi. Yallig'lanish jarayonida, limfa tomirlari shishadi, otkazuvchanligi oshadi va eksudat toplanadi.

Patogenegi. Infeksiya o'choqi soxasidagi, tomirlarda reaktiv yallig'lanish, limfa dimlanishi (limfastaz), tromb xosil bo'ladi. Mana shular sababli, maxaliy limfa aylanishi izdan chiqadi. Limfa tomiridagi yallig'lanish kuchayib, yiringli yallig'lanishga va tromblarning kochishiga sabab bo'ladi. Yallig'lanish tomir boylab tarqaladi, endolimfangit, kam xollarda perilimfangit kelib chiqadi. Perilimfangitda jarayon atrof toqimalarni, qon – tomir tizimini qamrab oladi. Qizarish, shish, limfastaz, tromboemboli xosil bo'ladi. O'g'ir xollarda limfa sistemasi orqali, yallig'lanish, kokrak qafasi, limfa tizimiga (protok) o'tishi mumkin.

Klinikasi. Yallig'lanish katta maydoni egalaydi va maxaliy belgilar bilan namoyon bo'ladi. Kasallikning maxaliy korinishi, limfa tomirlar yonalishi boylab, qizarish, shish, maxaliy xarorat, o'g'riq kuzatiladi. Kasallik davomiyligi keyinchalik organizimdagi umumiy o'zgarishlarga o'tadi, tana xarorati kotariladi, sovuq qotish, bosh o'g'rig'i va boshqalar bilan namoyon bo'ladi. Klinik o'zgarishlar, yallig'lanish soxasiga, egallagan orniga, mikrofloraning virulentligiga, organizimning immunologik xolatiga bog'liq bo'ladi. Asosiy yiringli yallig'lanish kasalligi qanchalik tez avj olsa, limfangit alomatlari xam shunchalik tez namoyon bo'ladi (rasm – 39).



Rasm - 39. Limfangit(Lymphangoitis)

Bemorning tana xarorati 39 – 40°C kotariladi, qaltirash, bosh o'g'rig'i, kop terlash va umumiy xolsizlik bo'ladi. Boshqa kasalliklar bilan birgalikda, teri yuzasida, limfa tomiri boylab qizarish, shish, maxaliy xarorat va yuza joylashgan vena tomirlarining yonalishi koriladi. Keyingi (stvolovoy) tarqalgan limfangitda; aloxida yonalishdagi tomir qizarishi, ya'ni jaroxat soxasidan boshlangan qizg'ish

chiziq, tashqi (regionar) limfa tugunlariga (qoʻltiq osti, chov va boshqa soxalarga) qadar yonaladi. Qizarish boʻlgan soxada, limfa tomiri boylab, palpasiyada, oʻgʻriq, chandiqa oʻxshash qattqlik (uplotneni) yolak, shish seziladi. Shuningdek tashqi limfa tugunlari kattalashadi, qattqlashadi va oʻgʻriqli boʻladi. Chuqur joylashgan limfa tomirlarida, biz qorida aytib oʻtgan koʻrinishlar boʻlmaydi, unda, qoʻl yoki oyoqda; shish, oʻgʻriq, palpasiyada oʻgʻriq kuchayadi va limfadenit kuzatiladi. Perilimfangitda, maʼlum soxada; limfa tomirlari boylab atrof toʻqimalarda qattqlik kuzatiladi. Yiringli lifangitda esa, flegmona va abscess belgilari koʻriladi. Umumiy qon taxlilida, lekositoz yuqori boʻladi.

Diagnostikasi. Yumshoq toʻqimalardagi yalliqlanishlardagidek, anamnez, yiqladi, umumiy koʻruv oʻtkaziladi. Teri yuzasidagi yalliqlanishlar va boshqa kasalliklar aniqlanadi. Umumiy qon va zarurat boʻlganida boshqa taxlilar qlinadi.

Asorati. Abscess, flegmona, tromboflebit, sepsisga sabab boʻladi.

II. Nazorat sovellari.

1. Furunkulning bosqichlari va koʻrinishlari ?
2. Furunkulyozning diagnoostikasi ?
3. Karbunkulga tarif bering, uchrash soxalarini ayting ?
4. Hidrodenitning, limfadenitdan farqini ayting ?
5. Tashqi va ichki abscesslarning klinik farqi nimada ?
6. Flegmonaning nekrotik flegmonadan farqi ?
7. Tashqi limfa tugunlarining tiqiz joylashgan soxalarini ayting ?
8. Limfadenitning formalari va klinikasi ?
9. Adenaflegmonaning bu qanday yalliqlanish ?
10. Adenaflegmona qaysi kasalliklar bilan dif. Qilinadi ?
11. Yiringli paratitda boʻladigan umumiy oʻzgarishlar ?
12. Yiringli parotitning asoratlari ?
13. Limfangitning tasnifi ?
14. Limfangitning asorati ?
15. Birlamchi va ikkilamchi limfadenitdan farqi nimada ?

IY – Bob. Otkir yiringli artrit, bursit, panarisiy va osib kiruvchi tirnoq

Otkir yiringli artrit – buğimda boʻladigan yiringli yalliqlanish jarayoni. Bolalar yoshida, katta buğimlar; elka, son, tizza buğimlarida koproq uchraydi. Tirsak, bilak - panja va boldir - panja buğimlarida kam kuzatiladi. Bolalar yoshida yiringli artrit, limfagen yoki gematogen yoʻllar orqali oʻtmaydi. Buğimlarga qin boʻlgan soxalardagi yumshoq toqimalarning yiringli yalliqlanishlarida, buğimlarning oʻzida boʻladigan jaroxatlarning infeksiyalanishlarida (qon talash) yiringli yalliqlanishlar evaziga yiringli artritlar kelib chiqadi. Yiringli xosilalar buğimga yaqin boʻlganida, toqimalar orasidan, boshliqlardan, buğimga oʻtadi va yalliqlanish belgilari boshlanadi. Buğim soxasidagi qon talashlar (gematomalar), sdirilishlar boʻlganida yiringlash extimoli koproq boʻladi. Infeksiyaning organizimga tushishi, buğumdagi otkir yiringli yalliqlanishning kelib chiqishiga kora birlamchi va ikkilamchi boʻladi. Birlamchi yiringli artrit, buğumda boʻladigan (jaroxatdan, punksiyadan va boshqalardan) kelib chiqadi. Ikkilamchi artrit oldin aytib oʻtganimizdek buğumga yaqin soxadagi yumshoq toqimalar yalliqlanishidan va buğumning ichida boʻladigan kasalliklar evaziga kelib chiqadi. Quruq va eksudativ artirlar tofovut qilinadi, eksudativ artritda, buğumga yigʻiladigan suyuqlik; seroz, fibrinoz, yiringli, yiringli – gemarogik va chirituvchi boʻladi. Yalliqlanish jarayoni, sinovial qobiğda boʻlsa (sinovit), buğum boshliğida, suyakdagi va atrof yumshoq toqimalarning yalliqlanishida (osteoartrit) deb yuritiladi (rasm – 40).



Rasm - 40. Artrit

Etiologiyasi. Kasallikni qozğatuvchilari; stafilakokklar, streptakokklar, pnevmokokklar va boshqa yiringlatuvchi infeksiyalardir. Artritning oğir formalarini, kopchilik xollarda, gemolitik streptakokklar chaqiradi. Shuningdek, spesifik infeksiyalar (gonokokk, qorin tifi tayoqchalari va boshqalar) buğimdagi yalliqlanishlarga sabab boʻladi. Buğumdagi yiringli yalliqlanishlarda infeksiya birlamchi va ikkilamchi yoʻllar bilan oʻtadi. Birlamchi yalliqlanish, qorida aytib

otganimizdek, buғim yuzasidagi jaroxatlar (punktsiyadan), operatsiyalardan keyin kelib chiqadi. Ikkilamchi yiringli artrit, buғimga yaqin boʻlgan yiringli yalliqlanishlar natijasida (flegmona, abscess, yiringli bursit, osteomielit va boshqalarning) asoratlanishidan yuzaga keladi.

Patogenezi. Buғimdagi yiringli yalliqlanish jarayoning yuzaga kelishida, infeksiyaning virulentligi, bola organizimining immunologik xolati muxim ahamiyatga ega. Eksudativ formasida, buғimdagi suyuqlik; seroz, fibrinoz, yiringli, yiringli gemorogik, oʻzgarishda boʻladi. Yalliqlanish sinovial qobiqda chegaralangan bolsa (sinovit), agarda u buғimga, yon atrof toʻqimalarga tarqalsa (osteoartrit) deb yuritiladi. Kasallikning tez avj olishida va tarqalishida, buғimning anotomo-fiziologik tuzilishi, katta ahamiyatga ega. Buғimdagi yiringli jarayon, birin ketin, butun buғimni va paraartikulyar toʻqimalarni qamrab oladi. Keyinchalik bu yalliqlanish, butun buғimga taluqli boʻlgan (mushak, toʻgay, pay, suyaklarni) zararlaydi. Xosil boʻlgan, yiringli nekrotik jarayon, buғim qobiqlarni emiradi va yirng mushaklar oralariga tarqaladi. yalliqlanishning atrof mshoq toʻqimalarga tarqalishidan, panartrit, kelib chiqadi. Keyinchalik bu jarayon tarqaladi va peri, paraartikulyar flegmonaga aylanadi. Pnevmaokkli artritning davom qilishi, periartikulyar flegmonaga aylanadi, butun bir buғumni qamrab oladi va ankiloz rivoshlanishiga sabab boʻladi.

Patologik anotomiyasi. Oʻtkir artritdagi patologik oʻzgarish infeksiyaning virulentligiga va yalliqlanish jarayoniga bogʻliq boʻladi. Bu yalliqlanishni «quruq» va «eksudativ» artirga ajratiladi. Eksudativ artritda, buғumga yigʻiladigan suyuqlik; seroz, fibrinoz, yiringli, yiringli – gemarogik va chirituvchi boʻladi. Yalliqlanish jarayoni, sinovial qobiqda bolsa (sinovit), buғum boshligʻida, suyakdagi va atrof yumshoq toʻqimalarning yalliqlanishida (osteoartrit) deb yuritiladi (rasm – 41).



Rasm - 41. Bug'umdagi bo'ladigan o'zgarishlar

Klinikasi. Kasallikning klinik korinishlari, infeksiyaning virulentligiga, organizimning immunologik xolatiga, yiringning yalliqlanish jarayoning egalagan o'rniga, tarqoqligiga (eksudat, yiring va boshqalarga) bogʻliq boʻladi. Yumshoq

toqimalardagi boʻladigan boshqa kasalliklardagidek, bu kasallik xam maxaliy va umumiy belgilar bilan namoyon boʻladi. Buʻgimda xarakat cheklanadi, xarakatlanishga uringanda oʻgriq boʻladi. Kichik yoshdagi bolalarda, katta yoshdagi bolalarga nisbatan tez namoyon boʻladi. Bolaga kiyim kiydirish va echish choʻgida oʻgriq kuchayadi. Qulini extiyotkorlik bilan xarakatlantiradi, oyoq buʻgimlaridagi yalliqlanishlarda, oqsoqlanib yuradi. Asosiy maxaliy belgilar; buʻgim soxasi siliqlashgan, qizarish, shish, maxaliy xarorat, oʻgriq va majburiy xolat kuzatiladi. Sinovial qobiq (obolochki) yalliqlanishida, juda sekin xarakatda xam kuchli oʻgriq boʻladi. Buʻgimdagi oʻgriq, mushaklarning reflektor qoʻzgalishidan yuzaga keladi. Elka buʻgimidagi yalliqlanishda, qol tanadan bir oz uzoqlashgan boʻlib, elkasi osilgan va oldinga siljigan xolatda koʻrinadi. Tirsak buʻgimining zararlanishida, bilakdan bukilgan va pronasi xolatida boʻladi (supenasiya, pronasiya). Bilak - panja buʻgimidagi yalliqlanishda, panja oldinga bukilgan xolatda koʻrinadi. Son - chanoq buʻgimidagi artritda, oyoʻgi bukilgan va tashqariga tomon buralgan boʻladi. Tiza buʻgimidagi yalliqlanishda, tizza buʻgimi otkir burchak ostida bukilgan boʻlib, xarakat cheklanadi. Boldir - panja buʻgimidagi yalliqlanishda, oʻziga qulay, bukilgan xolatda saqlaydi. Buʻgim yuzasidagi boʻladigan oʻzgarishlar, yiringning miqdoriga va yon atrofga tarqalishiga boʻgʻliq boʻladi. Kop miqdorda toplangan eksudat, buʻgim qobiʻgining choʻzilishiga sabab boʻladi va yuzasi, tekis, silliq boʻladi. Agar bu quruq artrit boʻlib, kam miqdordagi eksudat boʻlsa, krepitasiya aniqlanadi. Kichik yoshdagi bolalarda, kasallikning umumiy koʻrinishlari; bezovtalik, injiqlik va ishtaxasizlik bilan namoyon boʻladi. Keyinchalik bemorning umumiy tana xarorati koʻtariladi, xolsiz boʻladi. Buʻgim soxasidagi shish rivojlanib boradi, buʻgim yuzasi silliq, yaltiroq, kuchli oʻgriq va xarakat batamom cheklanadi. Bemorning umumiy axvoli oʻgʻir, ichki zaxarlanish, qaltirash, alaxsirash xolari kuzatiladi. Jarayon chuqurlashib, septisimiya, septikopiemiya oʻtadi.

Diagnostikasi. Batafsil anamnez yigʻishdan boshlanadi, oldin xam shunga oʻxshash shish boʻlganmi, davolanganmi. Yaqin orada jismoniy tarbiyada qaltis xarakat qilganligi, jaroxat olganligi suraladi. Oldiniga shikoyati eshitiladi va ustidagi kiyimi extiyotkorlik bilan yechiladi. Umumiy koʻruvda, asosiy etiborni, yalliqlangan buʻgim soxasiga qaratiladi, yon tomon buʻgim bilan solishtiriladi, farqlanadi. Bunda kasallangan tomondagi buʻgimda shish, qizarish va shu soxadagi oʻzgarishlar koʻriladi. Oldiniga qol yoki oyoʻgini sekin astalik bilan xarakatlantirib koʻriladi, bunda oʻgriq kuchayadi. Palpasiyada, oʻgriq kuchayadi, flyuktuasiya aniqlanadi. Oldiniga toʻgʻri proeksiyada, ikkita buʻgim birgalikda rentgen qilinadi va farqlanadi. Yiringli artritda, buʻgim orliʻgi kengayadi. Xozirda zamonaviy tekshiruv vositasi, ultratovushda (UZI) yordamida diagnostika qilish juda qulay. Diagnostikaning oddiy va onson yoʻli, buʻgimni diagnostik punksiya qilish, punktatga qarab yiringli yalliqlanishga aniqlik kiritiladi (rasm - 42).



Rasm - 42. Diagnostik punksiya

Buğim punksiyasini, erta yoshdagi bolalarda imkon qadar. umumiy qisqa muddatlik narkoz ostida otkaziladi. Katta yoshdagi bolalarda. Maxaliy oğriqsizlantrish ostida, buğim anotomiyasiga etibor qilgan xolda, korsatgich barmoqni buğim old - orqa yuzasiga qadab turub, uning yonidan, ketma – ketlik bilan novakain borib, ichkariga qarab krib boriladi. Ajralmaga qarab, biz aniqlik kritamiz, shu yiringni bakpassivga junatiladi va qozğatuvchilari aniqlanadi. Agar bu tiniq yoki sarğish ajralma bolsa, seroz yalliğlanish, suyuq yoki quyuq yiring bolsa yiringli artrit deb bilamiz. Kasallik uzoq davom qilsa, rentgen tasvirda uning asoratlari, suyakdagi destruktiv jarayon koriladi.

Differensial diagnostika. Flegmona, otkir revmatizim, revmatik artrit, epifizar, metafizar, atipik osteomielit, bursit va osteoma bilan differensasi qlinadi.

Davosi. Bolalar xirurgiyasiga ta'luqli bolgan adabiyotlardagi ma'lumotlarga va ozimizning tajribamizga suyangan xolda shuni takidlamochimizki, punsion yol bilan artritni davolash yaxshi foyda beradi. Juda kamdan – kam xollarda, kasallikning ba'zi bir asoratlarida artrotomiyaga boriladi. Buğim punksiya qlinib yiringdan tozalanadi va buğim ichiga antibiotik boriladi. Punksiya xar kuni qilib turiladi yoki Seldengir boyicha katetr qoyilib yuvuladi va antibiotik yuborib turiladi. Keyingi yillarda, buğim ichiga lazer nurlari bilan ta'sir qlish xam yaxshi foyda berayapti. Kasallikni davolash jarayonida buğim immobilizasiya qlinadi va xarakat cheklanadi (6-8 kunga). Umumiy ozgarishlar bolganida, infuzion terapiya , vitaminlar va antibiotik sezuvchanligiga qarab beriladi. Albatta fizioterapiya muolajalari (UVCh, kvars) buyriladi. Keyinchalik buğimdagi xolatni tiklash uchun, xarakatlantrish, massaj, issiq vanalar beriladi.

Asorati. Flegmona, tromboflebit, yiringli koksit, osteomielit, kontraktura, sepsis va boshqalar

Bursit – buğim shilliq qobiğining (qopining, sumok) yiringli yalliğlanishi. Buğim shilliq qavati, qopi, cheklangan biriktruvchi toqimadan tashkil topgan bolib, ichki tomndan silliq, endotel bilan qoplangan, sinovial suyuqlikni saqlaydi. Buğimlardagi bu qobiqlar son jixatidar xam bolalarda bir xilda bolmaydi, ayniqsa chaqaloqlik davrida deyarli bolmaydi. Ba'zi xollarda qoshimcha va patologik qobiqlar xam kuzatilad.

Etiologiyasi. Yumshoq toqimalardagi yiringli yalliğlanishlarda (saramas, flegmona, korbunkul, osteomielit va boshqalardan), limfa tarmoği orqali

mikroorganizmlar, shilliq qobiqqa otadi va yalliqlanishni chaqiradi. Shuningdek juda kichik xajimdagi infeksiyalangan (ifloslangan) jaroxatlar, natijasida kelib chiqadi. Kasallikni qozgatuvchilari; stafilakokklar, streptakokklar, gonokokk, pnevmakokk, ichak tayoqchasi va tuberkulyoz tayoqchasi.

Patogenezi. Teri va teri osti yog qatlamidagi kapilyarlar bilan bugim qobiqi orasida bogliq boladi, suyuqlik surilish jarayonida, infeksiyalanadi. Teri yuzasidagi yiringli yalliqlanishlarning chuqurlashishi va keng tarqalishi natijasida, gematogen yol bilan infeksiya otadi va bursitga sabab boladi. Shuningdek otkir bursit (angina, gripp, revmatizimdan) kelib chiqadi. Kopchilik bemorlarda, otkir serroz bursit, uchraydi. Bolalar yoshida bursit; tirsak, tizza bugimlarida koproq uchraydi (rasm – 43).



Rasm - 43. Bursit

Bursitning kelib chiqishiga sabab boluvchi omillarga, turli xildagi (kesilgan, yirtilgan va boshqa) jaroxatlar, yiqilganda, teri yuzasida boladigan sidirilish va qon talashlardir. Boshlanishda reaktiv shish va keyinchalik, serroz, serroz-gemorogik, eksudat toplanadi va infeksiya qoshilishi natijasida, yalliqlanish yuzaga keladi. Bugimlarga yaqin joylashgan flegmonalarda, jarayon chuqurlashadi va nekroz evaziga bugim qobiqi (devori) qisman yemriladi, bursit kuzatiladi (rasm – 44).



Klinikasi. Bu kasallik xam bemorlarda, maxaliy va umumiy o'zgarishlar bilan namoyon boladi. Bemor buғimdagi oғriqa, shishga va qisman buғimda xarakat cheklanganligiga shikoyat qiladi. Oldiniga maxaliy xarorat, teri yuzasida, qizarish, shish, oғriq va flyuktuasiya kuzatiladi. Keyinchalik umumiy tana xarorati 38 – 38,5°C kotariladi, oғriq kuchayadi, buғimda xarakat deyarli cheklanadi. Umumiy qon taxlilida, leykositoz kuzatiladi.

Diagnostikasi. Oldin anamnez yigiladi va keyn ko'zdan kechiriladi. Kasallikni diagnostikasi qiyinchilik tug'dirmaydi, chunki u juda yuza joylashadi va buғim yuzasida yaqqol ko'rinadi. Palpasiyada oғriq kuchayadi, flyutasiya aniqlanadi. Punksiya qilinib yiring olinadi va bakpassivga beriladi, chaqiruvchisi aniqlanadi va boshqa kasalliklardan farqlashda yordam beradi.

Differensial diagnostika. Buғim soxasidagi flegmona, artrit va qon talashlardan differensasiya qilinadi.

Davosi. Erta klinik belgilari bolgan davrda punksiya qilib, yiringdan tozalanib, antibiotik yuborilsa kifoya qiladi. Bu yordam bermasa, xirurgik yo'l bilan, maxaliy oғriqsizlantrish ostida, kesim qlinib, tegishli davo otkaziladi. Buғimdagi xarakat cheklanadi. Fizioterapiya muolajasi; UFO, kvars, UVCh buyriladi.

Panarisiylar (xasmol).

Otkir yiringli panarisiy – barmoq, tirnoq buғimi(falanga) soxasidagi yiringli yalliqlanish. Panarisiy - umumiy yigindi soz bolib, barmoqlarda boladigan barcha yiringli yalliqlanishlarni o'z ichiga oladi. Bularning xar birining o'ziga xos klinik ko'rinishi va davolash usulari mavjud. Bolalarda asosan yiringli yalliqlanishlar tirnoq falangasi va uning atroflarida boladi. Panarisiyaning tasnifi; teri, teri osti, panorixi , tirnoq yon soxasi; tirnoq osti, pay, suyak va buғim panarisiyalariga ajratiladi (rasm-44). Epiderma ostidagi (teri oralig'idagi) abscess (yiring), teri osti formasidan, qum soati ko'rinishida (ingichka yo'l orqali), chuqur joylashgan toqimalarga va boshqa soxalarga tarqaladi (rasm- 45).



Rasm - 44. Panarisiy ko'rinishlari



Rasm - 45. Yiringli jarayon tarqa-

Teri formasi – teri oraliğida (epiderma ostidagi) yiringli yalliğlanish (abscess). Bu yiringli yalliğlanish, kasallikning yengil formasi deb yuritiladi. Epiderma ostidagi, teri oraliğida joylashgan abscess, 80% xollarda, barmoqning ichki yuzasida joylashadi (rasm – 46).



Rasm - 46. Teri formasi

Etiologiyasi. Kopchilik xollarda panarisiyning kelib chiqishiga shu soxada bo'ladigan jaroxatlar (shilinishlar, sanchilish va boshqalar) sabab boladi. Kasallikni qo'zg'atuvchilari, stafilakokk, streptakokk va ichak tayoqchasi. Jaroxatdan tushgan infeksiya destruktiv yiringli yalliğlanish, abscessni chaqiradi.

Patogenezi. Teri ostiga tushgan mikroorganizm, destruktiv jarayoni chaqiradi va ma'lum bir boshliqni xosil qiladi, shu soxada yiring yigilib, sekin astalik bilan kattalashadi, teri ostida joylashgan yiringli jarayon, qum soati korinishida teri oraliğida xosil bo'lgan yo'l orqali, teri oraliği (formasiga) otadi.

Klinikasi. Teri formasida, kasallikning klinik korinishi, tez namoyon boladi. Ba'zida bir necha soat ichida rivojlanadi. Kasallikning asosiy belgisi, tirnoq falangasidagi og'riq va xarakat cheklanadi. Og'riq faqatgina tirnoq atrofida mas balki butun barmoqqa tarqaladi. Barmoqning ichki yuzasida, qizarish, shish va kuchli og'riq kuzatiladi. Bolalarga xos bo'lgan umumiy belgilaridan biri bu umumiy tana xaroratining kotarilishi (38° - $38,5^{\circ}$ C). Asta sekinlik bilan, bemorning umumiy axvolidagi ozgarishlar, bezovtalik, ishtaxasizlik, uyqusizlik kuzatiladi. Sinchiklab korilganda yiring to'planganligi aniqlanadi. Palpasiyada va barmoqni xarakatlanib korilganida og'riq kuchayadi. Jarayon davom etishidan, limfa tizimi orqali infeksiya limfa tarmoğiga tarqaladi va limfangit, limfadenitga sabab bolishi mumkin.

Differensial diagnostika. Teri osti panarisiyasi bilan, tirnoq falangasi soxadagi jaroxatlarning infeksiyalanishi, qo'ziqorin (gribok) va ba'zi bir teri kasalliklari bilan differensiasiya qilinadi.

Davosi. Kasallikning davriga, korinishiga qarab tegishli davo qilinadi. Kuchsiz og'riq, shish va qizarish bo'lganida, kaliy permanganat, chereda bilan, kun davomida, 3 – 5 daqiqa, 2-3 maxal vanna qilinadi (ritmaning xarorati 40° C) (rasm

- 47). Mazli boğlamlar; Vishnevskiy, sintomisin, streptosid emulsiyalari boğlanadi. Yiringli korinishida, epidermis toliq qiyib kesib olinadi va bartaraf qilinadi. Bunday xollarda ogriqsizlantrish talab qilinmaydi, muolaja davrida bolaning ozi bu xolatni kormasligi kerak. Oldiniga xosila ochiladi va keyin otkir qaychi bilan uning atroflaridagi qolgan qismi qiyib tashlanadi. Jaroxat yuzasi 3% perikis vodorod va furasillin bilan yuvuladi, shu soxani sinchkovlik bilan koriladi, chuqur joylashgan epiderma ostidan yiring ajralmaydi. Agarda yonalish chuqurlashib, yiringli ajralma aniqlansa, jaroxat kengaytriladi, yiring chiqarilib, yuvuladi va davo tartibi ozgartriladi. Jaroxat tozalangach mazli boylamlar boğlanadi. Bemorning umumiy axvolida sezilarli ozgarishlar, kasallikning asorati bolmasa, antibiotik va boshqa davo muolajalari buyurilmaydi.



Rasm - 47. Vanna qilish

Teri osti panarisiyasi – tirnoq falangasi teri osti soxasining yiringli yalliglanishi. Barmoqning ichki kaft yuzasi tomonidagi, mikrotravmalar sababli sodir boladi. Kopchilik xollarda, 2 barmoqda kuzatiladi. Yalliglanishning bu korinishi xam bolalar yoshida kop uchraydigan. Bunga sabab, barmoqlarning ich yuzasida, teri osti yog qatlami yaxshi rovojlangan bolib, govak boshliqlar boladi. Infeksiya shu govak boshliqlarga tushadi va kopayadi. 80 – 90% joylashish joy, 1-2-3 barmoqlarda tirnoq falangasining ichki yuzasida uchraydi (rasm – 48).



Rasm - 48. Teri osti formasi

Etiologiyasi. Kasallikni qozgatuvchilari, stafilakokk, streptakokk va boshqa poliinfeksiyalar. Jaroxatdan tushgan infeksiya destruktiv yiringli, cheklangan va cheklanmagan, tarqoq bolishi mumkin. Vaqt otishi bilan yalliglanish yon atrofga, chuqur toqimalarga tarqaladi va shish ogriq kuchayadi.

Patogenezi. Jaroxat ornidan yoğ qatlamiga otgan infeksiya maxaliy toqimalardan oziqalanadi va kopayadi. Maxaliy immunologik xolat kuchli bolsa, yalliqlanish jarayoni ma lum bir soxada cheklangan boladi. Immunologik kuchsizlik bolganida, shu soxadagi infeksiya tez kopayadi va atrof toqimalarga tarqaladi. Teri osti panarisiyasida infeksiyaning tarqalish yo'llari; 1) teri oraliqiga; 2) biriktiruvchi toqimalar yonalishi boylab, suyakga; 3) pay oralariga; 4) buqimiga; 5) limfaga; 6) gematogen yolar.

Klinikasi. Kasallikning boshlanishi, og'riq va tirnoq buqimida xarakat cheklanishi bilan namoyon boladi. Vaqt otishi bilan, og'riq kuchayadi va pulsasiya kuzatiladi. Kunduzmi, kech qurunmi og'riq bosilmaydi, bemorning uyqusi buziladi. Tirnoq buqimi soxasida shish kuchayadi, teri qizaradi va taranglashadi. Maxaliy korinishdan, umumiy belgilarga otadi, nisbatan tana xarorati kotariladi. Yalliqlanishningbu korinishidagi farqi, shish va yiringli jarayon boshqa soxalarga (buqimga-tendovaginit) tarqaladi. Shuningdek limfa tugunlariga xam ta'sir korsatadi.

Diagnostikasi. Anamnez yigiladi, sababi aniqlanadi. Umumiy koruvda aniqlasa boladi. Barmoqda, tirnoq falangasida soxasida teri qizargan, shish, farqlanadi. Jarayon kuchayishi bilan, butun barmoq boylab va panja tashqi, ichki yuzalarigacha tarqalishi mumkin. Jarayon chuqur joylashganligi uchun, teri qizarishi kech namoyon boladi. Abscess qum soati korinishida bolib, yiring teri oraliqiga otsa, terida qizarishi boladi. Palpasiyada og'riq kuchayadi, pulsasiya aniqlanadi. Bemor qolini juda extiyot qiladi, barmoq buqimdan bukilgan xolatda boladi. Umumiy qon taxlili, yiringni bakpassivga olinadi.

Differensial diagnostika. Panarisiyaning boshqa formalari, qon talash va travmalar bilan differensasiya qlinadi.

Davosi. Kasallikning birinchi kunidan, yalliqlanishga qarshi faol davo muolajalari boshlanadi. Antibakterial terapiya , fizioterapiya (UFO, UVCh) issiq vannalar (kuniga 2-3 maxal) va mazli boylamlar qollaniladi. Yiringlash extimoli bolganida, tezda operativ davo qlinadi. Bolaning yoshi etiborga olinib, maxaliy yoki umumiy og'riqsizlantrish ostida yiringli xosila ochiladi. Jaroxat ochilganida, yiring ajralishini engilatish uchun, rezina kertmak (выпусник) qoyiladi va gipertonik spirtli boylam boylanadi. Antibakterial terapiya , vanna davom etiriladi, barmoq immobilizasiya qlinadi.

Asorati. Panarisiyaning boshqa (teri, pay, buqim) formalariga otadi, limfangit, limfadenit, kontraktura.

Panorixiya – tirnoq yostiqcasining yiringi yalliqlanishi. Bolalar yoshida kop kuzatiladigan yiringi yalliqlagishning bir korinishi. Yiringli jarayoning egalagan orniga kora ikkita korinishda boladi; yuzaki – sub epidermal va chuqur joylashgan – butun tirnoq yostiqchasi soxasidagi yumshoq toqimalar orliqidagi yiringli jarayonga. Kelib chiqish sabablariga; organizimdagi moddalar almashinuvining buzilishi, turli xildagi jaroxatlar (shilinish, sanchilish) sabab boladi (rasm – 49).



Rasm - 49.Panorixiya.

Etiologiyasi. Kasallikni chaqiruvchilari; stafilakokk va streptakokklar. Jaroxat ornidan tushgan infeksiya , toqimalar oraliğida, asta sekinlik bilan rivojlanadi, kopayadi va destruktiv jarayoni chaqiradi.

Patogenezi. Mikroorganizim qulay muxit sharoitida, atrof toqimalardan oziqalanadi va kopayadi. Destruktiv jarayon yuza joylashganida, yalliğlanish tez rivojlanib, maxaliy oʻzgarishlar tez namoyon boʻladi. Chuqur joylashgan, yiringli yalliğlanishlarda, tirnoq atrofidagi butun bir toqimalar boylab yiring yiğiladi va kasallikning koʻrinishi farqlanadi.

Klinikasi. Barmoq, tirnoq soxalaridagi xarqanday yiringli yalliğlanishlarda, oldiniga kasallikning maxaliy belgilar va keyinchalik umumiy belgilari namoyon boʻladi. Ayniqsa butun bir tirnoq plastinkasini qamrab olgan (total) yalliğlanishlarda, umumiy oʻzgarishlar tez rivojlanadi. Kichik yoshdagi bolalar, bezovtalanadi, qoʻlini korsatib yiğlaydi. Kasallikning boshlanishida, tirnoq yostiqchasi (jaroxat) soxasida, qichishish, qizarish, shish va oğriq boʻladi. Kiyim kiydirish vaqtida yoki qoʻl bilan tegilganda, oğriq kuchayadi. Maxaliy belgilari aniqlanib tegishli davo muolajali boshlansa, oğriq kamayadi va tuzalishi mumkin boʻladi. Yiring xosil boʻlgan ikkinchi bosqichda, tirnoq birikgan teri yuzasida; qizarish atrofga tarqaladi, shish kopayadi va oğriq kuchayadi. Yupqalashgan teri ostida, toplangan yiring koriladi. Barmoqdagi xar qanday xarakat oğriqni kuchaytiradi, shu bois bola qoʻlini extiyot qilishga xarakat qiladi.

Diagnostikasi. Qiyinchilik tuğdirmaydi, koʻruvda jaroxat ornida, qizarish, shish, infiltrat, yiring koriladi. Bemordan barmoğini xarakat qildirishni sorasangiz, oğriqa shikoyat qiladi. Palpasiyada infiltrat aniqlanadi, oğriq kuchayadi, bola bezovtalanadi. Ba'zi xollarda yiring chiqa boshlaydi va oğriq bir oz kamayadi.

Differensial diagnostika. Panarisiyning tirnoq osti formasi, qoziqorin (gribok) kasalligi va sistemali kasalliklar bilan differensiasiya qilinadi.

Davosi. Infiltratli bosqichida, konservativ davo qilinadi. UFO, UVCh bilan almashtirib beriladi. Fizioterapiyaning orasida maxaliy antiseptik eritmalar bilan boylamlar qoyiladi yoki issiq (kaliy permanganat, sodali) vannalar klinadi. Yiringli xosilalar boʻlganida faqat xirurgik yoʻl bilan kesimlar qilinadi. Bolaning yoshiga va yiringli xolatga kora oğriqsizlantrishni xirurg oʻzi tanlaydi. Maxaliy oğriqsizlantrishda xlor tildan foydalansa xam boʻladi. Abscess boʻlganida, tirnoq yostiqchasi bir oz kotariladi va kesim otkaziladi. Boshliqni perikis vodorod (3%),

furasilin bilan yuvuladi. Birinchi kunlari gipertonik eritma, spirt aralashmasi bilan va keyingi kunlari mazli boylamlar tavsiya qilinadi. Infiltrat, qizarish qaytmaguncha, UFO va UVCh davom qildiriladi.

Asorati. Residivlanadi, tirnoq plastinkasi deformasiyalanadi, ikkinchi barmoqdagi yallig'lanishda, flebit bolish extimoli bor

Tirnoq yon soxasi panarisiyasi – tirnoq yon tomonidagi chegaralangan (lokal) yiringli yallig'lanish (abscess).

Kasallikning bu formasi, kattalar xirurgiyasida keltirilmagan va ma'lumot yo'q. Tirnoqning yon tomonlarida, epiderma osti joylashadi. Boshqa boladigan yiringli yallig'lanishlardagidek, jaroxatlar va boshqa sasablarga kora sodir boladi. Kopchilik xollarda barmoqning distal qismida koproq kuzatiladi (rasm – 50).



Rasm - 50. Tirnoq yon sohasi panarisiyasi

Etiologiyasi. Asosiy qozg'atuvchilari; stafilakokk, streptakokk va ichak tayoqchasi. Jaroxatdan ornidan otgan infeksiya , yallig'lanishga sabab boladi.

Patogenezi. Bola organizimining kuchsizligi, boshqa kasalliklarga tez tez chalinishi va maxaliy toqimadagi immunologik xolat, infeksi ning rivojlanishida muxim rol oynaydi. Xar qanday infeksiya maxaliy toqimalardan oziqalanadi va kopayadi. Jarayon kegayib, toqimalar orlig'idagi destrktiv yallig'lanish kuchayadi.

Klinikasi. Boshlanishida; shish, teri yuzasida qizarish va kuchsiz og'riq boladi. Keyinchalik yallig'lanish avj oladi, og'riq kuchayadi va kasallikning umumiy belgilar namoyon boladi. Yiringli xosila turli (xajimlarda) korinishda boladi, kasallikning klinikasi shunga bog'liq boladi. Ayniqsa kichik yoshdagi bolalarda bezovtalik (og'riq) erta boshlanadi. Kasallik oz vaqtida aniqlanib, tegishli yordam korsatilmasa, tirnoq osti formasiga otadi.

Davosi. Infiltratsiya bosqichida, konservativ davo boshlanadi. UFO, issiq vannalar buyriladi. Abscess etilgan bolsa, operatsiya qilinadi, yiringli xosila ochiladi. Odatdagidek davo qlinadi. Umumiy ozgarishlar bolganida, antibiotik qoshiladi, anti septik eritmalar bilan yuvuladi va gipertonik boylam bog'lanadi. Keyingi davrda, mazli boylam va fizioterapiya muolajasi davom qildiriladi.

Tirnoq osti panarisiyasi – tirnoq ostidagi yiringli yallig'lanish. Kasallikning bu formasi kopchilik xollarda tirnoq soxasidagi boshqa yiringli kasalliklar

(panorisiyalar) va turli xildagi jaroxatlardan (qon talash va boshqalardan) keyin kelib chiqadi. Yiring tirnoq asosida, yonida, bir chetida, ma'lum bir soxada yoki butun bir tirnoq ostiga tarqalgan bo'lishi mumkin. Birlamchi panarisiy, jaroxatlardan keyin bo'lsa, ikkilamchi panarisiy biz aytib otgandek, boshqa yiringli yallig'lanishlardan keyin bo'ladi (rasm – 51).



Rasm - 51. Tirnoq osti formasi

Etiopatogenezi. yuqorida aytib otilgan kasalliklardagidek, chaqiruvchilari, stafilakokk, streptakokk va ichak tayoqchasi.

Klinikasi. Kasallikning boshqa formalaridan klinik farqi, og'riq barmoqda xarakterga bog'liq bo'lmaydi. Bolaning uyquasi buziladi, bezovtalanadi. Maxaliy belgilardan, tez umumiy o'zgarishlarga otadi. Umumiy tana xarorati, yuqori kursoratgichlarga ($38 - 39^{\circ}\text{C}$) kotariladi. Og'riq kuchayib, limfangit, limfadenit rivojlanadi. Tirnoq falangasida qizarish, shish va og'riq bo'ladi.

Diagnostika. Anamnez (sababi soriladi), umumiy koruv asosiy diagnostiv vosita xisoblanadi, barmoqda, shish va tirnoq ostida yiring korinadi. Palpasiyada og'riq kuchayadi, ba'zida tirnoq ostidan yiring chiqadi. Kasallik davom qlishi bilan, tirnoq plastinkasi kotariladi, shish kuchayib, qon aralash yiring chiqishi mumkin.

Differensial diagnostika. Panarisiyaning boshqa formalari bilan differensiasiya qlinadi.

Davosi. Yiringning egalagan orniga qarab xirurgik davo muolajasi tanlanadi. Kasallikning bu formasida, asosan umumiy og'riqsizlantrish tavsiya qlinadi. Tirnoq qisman kochgan (kotarilgan) bo'lsa, maxaliy Lukashevich - Oberst boyicha og'riqsizlantrilib, aseptika anti septika qoidalariga amal qilgan xolda, yiring toplangan soxadan kesim qlinadi va qisman tirnoq plastinkasi qiyiladi. Jaroxat orni perikis vodorod 3% va furasillin bilan yuvuladi. Agarda tirnoq toqimadan toliq kochgan bo'lsa unda, olib tashlanadi va yiringdan tozalanib tegishli davo buyriladi. 6 – 8 kunda yallig'lanish batamom toxtaydi va jaroxat orni bitadi.

Asorati. Tirnoq plastinkasida kosmetik o'zgarishlar, limfangit, limfadenit va boshqalar.

Pay (tendovaginit) panarisiyasi – barmoq payining yiringli yallig'lanishi. Kasallik birlamchi va ikkilamchi boladi. Birlamchi tendovaginitda, infeksiya gematogen, limfagen yo'l bilan, ikkilamchi tendovaginit, teri osti panarisiyasidan yoki birlamchi bu'gim suyak panarisiyasi natijasida kelib chiqadi. Yiringli tendovaginit, bu ichidagi keng tarqaluvchi, og'ir yiringli yallig'lanish jarayoni. Payning ichki yuzasi, sinovial suyuqlikni saqlovchi qobiqdan iborat. Sinovial boshliq – bu kapilyar tuynikdan iborat bo'lib, ozida bir necha tomchi suyuqlik saqlaydi va paylar xarakat faoliyatida muxim rol o'ynaydi. 1 – 5 barmoqlardagi, sinovial boshliq, boshqa barmoqlardagidek chegaralanmagan, bosh barmoq – bilak suyagi bilan, jimjaloq (5) barmoq esa tirsak suyagi sinovial boshliqlari bilan aloqador boladi va shu sababli oz ta'sirini korsatadi. Ba'zi xolarda flegmonaga sabab boladi. Kopchilik bolalardagi pay panarisiyasiga, bu'gim soxasida jaroxatlar sabab bolganligi aniqlandi (rasm – 52).



Rasm - 52. Pay formasi

Etiologiyasi. Barmoqlardagi boladigan yiringli yallig'lanishlar va jaroxatlardan infeksiya bu'gim boshlig'iga tushadi va yallig'lanishga sabab boladi. Kasallikni chaqiruvchilariga, stafilakokk, streptakokk, ichak tayoqchasi va boshqa infeksiyalar sabab boladi. Bolalarda tendovaginitning kelib chiqishiga kopchilik xollarda mikrotravmalar sabab boladi.

Patogenezi. Yopiq boshliqaga tushgan infeksiyaning tez tarqalishiga sabab bu bu'gimdagi sinovial suyuqlik. Ya'ni infeksiya oziqalanishiga va kopayishiga qulay sharoit yaratadi. Boshliqdagi destruktiv jarayon tez rivojlanadi va atrof toqimalarga oz ta'sirini korsatadi. Shuningdek yiringli jarayon chegaralangan xolatda xam boladi.

Klinikasi. Kasallikning klinik belgilari tez namoyon boladi. Yiringli yallig'lanish jarayoni tez rivojlanadi, boshliqdagi infeksiya atrof toqimalarga oz ta'sirini korsatadi. Tez rivojlangan yiringli yallig'lanish, kuchli og'riq bilan boshlanadi. Kasallikning boshlanishida, na faqat bu'gimning ozida, balki butun barmoq boylab shish, og'riq va barmoq bukilgan xolatda boladi. Xarakatlanganda, tinch turgan xolatda xam og'riq kuzatiladi, buning sababi yopiq boshliqdagi bosim oshadi va atrof toqimalarni siqib qoyadi. Bu'gimda shish kuchayadi, terida qizarish kuzatiladi. Faqatgina zararlangan barmoq bu'gimi emas balki unga yaqin bolgan boshqa barmoq xam bukilgan xolatda boladi. Boshqalardan olaroq og'riq farqi,

tomir urishi (pul siruyushiy) kabi bo'ladi. Bemorning umumiy axvoli yomonlashadi va tez orda tana xarorati ko'tarilib, sovuq qotish xolati kuzatiladi. Albatda bunda, limfangit va limfadenit rivojlanadi. Xar qanday xarakatda og'riq kuchayadi, shu sabali bemor qolini o'ziga qulay xolatda extiyotkorlik bilan ushlab turadi.

Diagnostikasi. Kasallikni boshlanishida diagnostika qilish bir oz qiyin bo'ladi. Buning uchun avvalom bor anamnez yig'iladi va koruv, otkaziladi. Anamnezida mikrotravma (shilingan, sanchilgan va boshqa). Koruv va palpasiyada; 1) yallig'langan barmoqda va kaft soxasida shish kuzatiladi; 2) bu'gim soxasini bosib korganda (palpasiyada) va xarakatlantirganda og'riq bo'ladi; 3) bu'gumda xarakat cheklanadi, xarakatlantirganda og'riq kuchayadi; 4) yallig'langan barmoq bukilgan xolatda, shu q'olingi extiyot qiladi. Bu simptomlarning ba'zilari boshqa panarisiyalarda xam kuzatiladi, lekin bu belgilarning barchasi boshqa formalarida bir vaqtda bo'lmaydi. Kasallangan barmoqni, engil, juda qattiq siqmasdan, ushlab korganda, tomir urishi (pulsasiya) seziladi. Jarayon chuqurlashib, uzoq davom etib, nekrotik formasiga o'tganida, tasviri rentgen qilinadi va suyakdagi destruktiv o'zgarish ko'rinadi (rasm – 53).

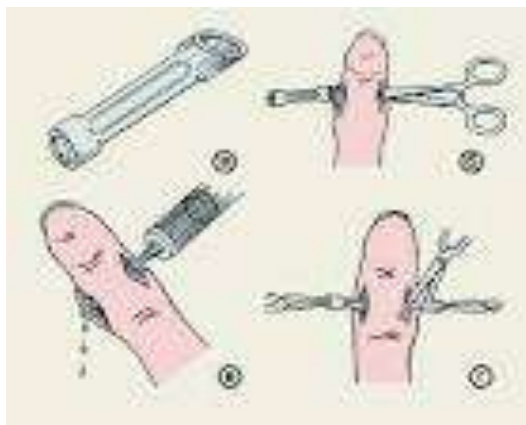


Rasm - 53. Rentgen tasviri

Differensial diagnostika. Suyak va teri osti panarisiyasi bilan, paylar cho'zilishi, suyaklar jaroxati, onkologik kasalliklar bilan differensasiya qilinadi.

Davosi. Tendovaginitni konservativ davosi, faqat stasionar sharoitda olib boriladi, zarurat bo'lganida, xirurgik yordam korsatiladi. Konservativ; antibakterial terapiya, fizioterapiya va qolini yuqoriga ko'targan xolda, barmoq immoblizasiya qilinadi. 12 – 15 soat davomida kuzatiladi va konservativ davoning natija bermasa, xirurgik yo'l bilan yiringli xosila ochiladi. Kesim qlinganda, yiring ajralishiga imkon beriladi, rezinali kertmak koyilib, gipertonik spirtli boylam bo'g'lanadi. Otkazilgan kesimning bir tomoniga rezana, ikkinchi tomoniga yuvub turish uchun, (0,6) katetr qoyilib, immoblizasi qilinadi (rasm – 54). Immoblizasi davrida, barmoqni to'g'rilashga urinmaslik kerak. Yallig'lanish belgilari kamaygandan keyin, bemorning ozidan xarakatlantrishni soroladi va og'riq bo'lmasa, sekin astalik bilan ketma – ketlik bilan to'g'rilashga otiladi. Keyingi davrda bu'gim faoliyatini tiklash uchun, xarakat kuchaytriladi.

Asorati. Pandaktilit, limfadenit va boshqalar, tirnoq plastinkasida kosmetik o'zgarishlar,



Rasm - 54. Hirurgik davosi.

Suyak panarisiyasi (tirnoq falanga osteomieliti) – tirnoq falangasining (suyakning) yiringli yalliqlanishi.

Keyingi davrda bolalar orasida kasallikning bu ko'rinishi juda kam xollarda uchraydi. Bu asosan panarisiyaning boshqa formalarining asorati sifatida yoki sinishlardan keyingi o'tkazilgan faol xirurgik aralashuvlar natijasida kelib chiqadi. Barmoqlardagi suyak va yumshoq to'qimalari shu yonalishdagi barcha qon tomirlar bilan anastomozlar xosil qiladi. Shuningdek distal falangada qoshimcha arterial tarmoq bo'lganligi uchun, infeksiya epifizga otadi va kopayadi. Demak infeksiya qon tomirlar orqali gematogen va limfagen yo'l bilan suyaklarga etib boradi. Yiringli jarayon suyakning bir qismini (cheklangan), diafiz qismini (diafizar osteomielit) yoki butun bir suyakni qamrab olishi mumkin (total osteomielit) (rasm- 55). Suyak panarisiyasi, birlamchi gematogen osteomielit sifatida juda kam uchraydi. Asosan bu kasallik ikkilamchi, boshqa yalliqlanishlar sababli kelib chiqadi.



Rasm - 55. Suyak formasining R- tasviri

Etiologiyasi. Biz oldin aytib otganimizdek; stafilakokk, streptakokk va boshqa infeksiyalar kasallikni chaqiradi. Teri osti panarisiyasi, tendovaginit, qon talashlar, mikrotravmalar natijasida kelib chiqadi.

Patogenezi. Gematogen limfagen yoki boshqa sabalar evaziga boshlangan yalliqlanish, infeksiyaning kopayishiga sabab boladi. Qon taminoti yaxshi bo'lganligi uchun, infeksiyaning kopayishi va oziqalanishi uchun qulay muxit

yaraladi. Oldiniga kopayadi, keyin yon atrof toqimalarni emiradi va destruktiv, nekrotik yiringli boshliqni xosil qiladi.

Klinikasi. Suyak panarisiyasining ilk belgilari maxaliy o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi. Yallig'lanishda bo'ladigan asosiy belgilar; chuqurlikda - suyakda tinimsiz o'griq, o'griqli barmoqni qoli bilan ushlab extiyot qilish, xarakatning batamom cheklanganligi. Keyinchalik barmoq yumshoq toqimalarining tolshib taranglashishi. Kechgi belgilari; shu soxada teri qizarishi, shish, umumiy xolsizlik, uyqusizlik, umumiy tana xarorati (37,5 – 39°C) kotariladi. Umumiy qon taxlilida nisbatan lekositoz kuzatiladi.

Diagnostikasi. Anamnez yig'iladi, kasallikning boshlanishi, sababi aniqlanadi. Biz yuqorida aytganimizdek, kasallikning klinikasi, yallig'lanish jarayoning egalagan orniga, tarqoqligiga bog'liq bo'ladi. Umumiy koruvda; bemor kasallangan barmoqini qoli bilan ushlagan xolatda, bitta joyda tinch tura olmaydi, tirnoq falangasida, yoki quyi qisimlarida shish, teri qizarishi koriladi. Palpasiyada o'griq kuchayadi, bezovtalanadi, terisi qalinlashgan bo'ladi. Yiring toqimalar orasidan teri – teri ostiga yorib chiqsa, bu kasallikning asoratlanganligidan, suyakda nekroz yuzaga kelganligidan dalolat beradi. Distal qisimdagi yiringli jarayon, butun bir buqimni egallaydi. Kasallikdagi rentgenologik o'zgarishlar 6-10 kunlari namoyon bo'ladi. Rentgen korinishlari uchta bosqichda namoyon bo'ladi; 1) osteporoz doqlari paydo bo'ladi; 2) periostal reaksiya ; suyak emrilishi (destruksiya), ba'zida sekvestrlar xosil bo'ladi.

Differensial diagnostika. Teri osti, pay panarisiyasidan, panja soxasidagi flegmonadan, suyak silidan, brusellez, suyak osmalaridan differensiasiya qlinadi.

Davosi. Qancha erta aniqlanib, tegishli xirurgik davo boshlansa, shunchalik keyingi asoratlanishning oldi olinadi. Umumiy o'griqsizlantrish ostida, barmoqning ikkila yon tomonlaridan, teri chiziqlari boylab kesim qlinadi va bir-biriga tutashtrilib, rezinali kertmak (poloski) qoldiriladi. Shu kesim orqali tomtiq zond bilan krib osteomielitni aniqlanadi. Osteomielitda, suyak pustloqlidan ajralgan (ogolena), yemrilgan bo'ladi. Kesim qilinib, rezina qoyilgach 2-3 kun davomida perikis vodorod, furasillin eritmasi bilan yuvub turiladi va barmoq immoblizasiya qlinadi. Keyingi kunlar, fizioterapiya (UFO, UVCh) beriladi va kaliy permanganat bilan vanna qlinib, mazli boylam qoyiladi. Umumiy o'zgarishlar boqlanida, infuzion terapiya , antibakterial terapiya buyriladi. Sekvestrasi jarayonida, sekvestrlardan tozalanadi, suyakning soqlom qismini imkon qadar saqlab qolishga xarakat qlinadi.

Asorati. Tendovaginit, pandaktilit, kontraktura, amputasiyadan keyingi kosmetik asorat, limfangit, limfadenit, panja flegmonasi va boshqalar.

Buqum panarisiyasi – barmoq buqumlarining seroz-yiringli yallig'lanishi. Infeksiya toqlridan toqlri (jaroxatlar orqali) buqumga o'tsa, bu birlamchi panarisiy (infeksiya) deb yuritiladi. Ikkilamchi panarisiy (infeksiya), barmoqdagi boshqa yiringli yallig'lanishlar sababli kelib chiqadi (rasm – 55).



Rasm - 55. Bug'um panarisiyasi

Etiologiyasi. Birlamchi va ikkilamchi yalliqlanishlarda; stafilakokk, streptakokk va boshqa infeksiyalar kasallikni chaqiradi. Mikrotravmalar (sanchilgan, ifloslangan va boshqa) natijasida, teri osti panarisiyasi, tendovaginit, qon talashlar sababli kelib chiqadi.

Patogenezi. Gematogen limfagen yoki boshqa sabalar evaziga boshlangan yalliqlanish, infeksiyaning kopayishiga sabab boladi. Bugum ichidagi suyuqlik va muxit, infeksiyaning kopayishi va oziqalanishi uchun qulay muxit yaratadi. Oldiniga kopayadi, keyin yon atrof toqimalarni tarqaladi va destruktiv yiringli boshliqni xosil qiladi.

Klinikasi. Bugum panarisiyasining uchta bosqichi (fazasi) tafovut qlinadi; 1) seroz; 2) yiringli; 3) osteoartrit. Kasallikning klinik belgilari, bosqisiga (fazasiga) kora turli korinishlarda namoyon boladi. Bugum panarisiyasida; majburiy xolat, barmoq yarim bukilgan, bir tomonga bir oz buralgan xolatda, bugum soxasida shish, barmoqni xarakatlantrishga uringanda va bosib korganda ogriq bolishi kasallikning asosiy klinik belgilarga kiradi. Kasallik uzoq davom qilgan xollarda, krepitasiya, patologik xarakatsizlik, oqma va umumiy tana xaroratining kotarilishi kuzatiladi.

Diagnostikasi. Avalom bor anamnez yigiladi. Umumiy koruvda, qolini extiyot majburiy xolatda saqlaydi, bugum va boshqa soxalarga tarqalgan shish koriladi. Palpasiyada ogriq kuchayadi, fulktuasiya aniqlanadi. Rentgen tasvirda – bugum atrof toqimalari dagalashgan, ba'zida osteoporozi, asoratlanganda destruktiv ozgarish, sekvestrasiya korinadi. Farqlash maqsadida diagnostik punsiya qlinadi va yiring bakpassivga topshiriladi. Umumiy qon taxlilida nisbatan leykositoz kuzatiladi.

Differensial diagnostika. Teri osti, pay, suyak panarisiyalari bilan, revmatoid va travmatik artrit bilan differensiasiya qlinadi.

Davosi. Bugum panarisiyasini bir biridan farqlash maqsadida, oldiniga punksiya qilinadi va ajralmaning korinishiga (seroz, yiringli) qarab taktik davo muolajasi tanlanadi. Umumiy ozgarishlarga, klinik korinishiga, kasallikning davomiyligiga kora keng kolamdagi antibakterial terapiya (bugumga, v/v) sezuvchanligiga kora beriladi, immoblizasiya qlinadi. Bugum ichiga novakain eritmasi bilan qilingan antibiotik yaxshi foyda beradi. Bolalar yoshida imkon qadar «artrotomi» qilinmaydi. Asoratlangan xollarda, kesim otkazilib, yiringdan tozalanadi va rezinali kertmak (vipusnik) qoldirilib, gipertonik - spirtli boylam

qoyiladi. Keyingi kunlari issiq vanna, ultratovush nurlari va lazer nurlari bilan ta'sir korsatiladi. Yallig'lanish jarayoniga kora, fizioterapiya muolajalari, UFO, UVCh va keyinchalik xarakatlanirish (lechebna gimnastika) tavsiya qilinadi.

Asorati. Tendovaginit, pandaktilit, kontraktura, oqma, limfangit, limfadenit, panja flegmonasi va boshqalar

Pandaktilit – barmoqdagi tarqoq, yiringli yallig'lanish jarayoni. Bunda yallig'lanish jarayoni: teri, teri osti, buғum, pay va suyak toqimasiga qadar tarqaladi (rasm - 56).



Rasm - 56. Pandaktilit

Pandaktilit, panarisiyaning boshqa formalariga qaraganda, bolalar yoshida juda kam xollarda uchraydi. Barmoqlarda boladigan boshqa yiringli kasalliklardan o'laroq, pandaktilit o'g'ir o'tadi, uni davolash undan xam o'g'ir kechadi. Ko'p xollarda – amputasiya yoki kzartikulyasi qilinadi.

Etiologiyasi. Birlamchi va ikkilamchi yallig'lanishlarda; stafilakokk, streptakokk va boshqa infeksiyalar kasallikni chaqiradi. Mikrotravmalar (sanchilgan, shilingan, ifloslangan va boshqalar) natijasida, teri osti panarisiyasi, tendovaginit, qon talashlar, panarisiyaning suyak, buғum, pay formalarining asorati sifatida kelib chiqadi.

Patogenezi. Gematogen limfagen yoki boshqa sabalar evaziga boshlangan yallig'lanish, infeksiyaning kopayishiga sabab boladi. Buғum ichidagi suyuqlik va muxit, infeksiyaning kopayishi va oziqalanishi uchun qulay muxit yaratadi. Oldiniga kopayadi, keyin yon atrof toqimalarni tarqaladi va destruktiv yiringli boshliqni xosil qiladi. Keyinchalik: suyak, buғum, pay va butun barmoq boylab yumshoq toqimalar aro tarqaladi.

Pandaktilit to'g'ridan to'g'ri kelib chiqmaydi, balki: panarisiyaning suyak, buғum yoki pay formalarining asorati sifatida yuzaga keladi. Shuningdek (30%) xollarda mikrotravmalardan, (45%) panarisiyalarda, (5%) boshqa kasalliklarda tegishli xirurgik yordam korsatilmaganda pandaktilitga sabab boladi.

Pandaktilit kelib chiqishi va kechimiga kora ikki korinishda kechadi: toqimalar emrilishi (destruksiya), quruq koagulyasion nekroz korinishida.

Klinikasi. Kasallikning klinik korinishi, yallig'lanish jarayoning joylashgan joyiga, tarqoqligiga, kechishiga, davomiyligiga bog'liq boladi. Kuchayib boruvchi, shish, o'g'riq, toqimalar emrilishi, nekrozga uchrashi, funksiyasining buzilishi

asosiy klinik belgilaridir. Pandaktilit juda tez rivojlanadi va o'g'ir kechadi. Ichki zaxarlanish, bosh o'g'riqi, tana xaroratining kotarilishi, infeksiya yonalishiga xos, limfangit va limfadenid qo'shilishi bilan namoyon bo'ladi. Ba'zi bir xollarda kasallik sekin astalik bilan rivojlanadi. Bunda infeksiyaning virulentligi va olgan jaroxatning ahamiyati xam rol oynaydi. Agarda sanchib kiruvchi jaroxat yoli, juda ingichka uzun bo'lib bo'g'umga aloqador bolsa, jarayon tez rivojlanadi. Bunda o'g'riq va shish sekin astalik bilan kuchayib boradi, oldiniga barmoq rangi kokimtir va keyinchalik qoramtir tus oladi. Yalliqlanish jarayoni, quruq yoki xo'l nekroz korinishiga otadi. Teshib kirgan jaroxat ornidan, oqmadan yoki operatsiya jaroxatidan, juda kam miqdorda yiringli ajralma chiqa boshlaydi. Butun bir barmoqda o'g'riq bo'ladi, xarakatlantirishga uringanda o'g'riq kuchayadi. Korsatilgan yordam foyda bermasa, infeksiya va shish panja soxasiga tarqaladi. Bemorning umumiy axvoli og'irlashadi, ichki zaxarlanish va umumiy tana xarorati 38-39* C kotariladi.

Diagnostikasi. Kasallikning anamnezi, sabablari soraladi. Boshlanishida, mikrotravma (sanchilgan, kesilgan va boshqa) jaroxatlar, barmoqlardagi yumshoq toqimalarning kasalliklar bo'lganligi soraladi. Umumiy koruvda, qolini extiyot majburiy xolatda saqlaydi, bitta barmoqda, bu'gumda va boshqa soxalarga tarqalgan shish koriladi. Ba'zida shish va o'g'riq panja soxasiga tarqalgan bo'ladi. Sinchkovlik bilan korilganda, jaraxat ornida qizarish, shish koriladi. Palpasiyada va xarakatlantirganda o'g'riq kuchayadi, infiltratsiya va keyinchalik fulktuatsiya aniqlanadi. Rentgen tasvirda – bu'gum atrof toqimalari daqlashgan, ba'zida osteoporoz, asoratlenganda destruktiv ozgarish, sekvestrasi korinadi. Yiring bakpassivga olinadi. Umumiy qon taxlilida nisbatan leykositoz kuzatiladi.

Differensial diagnostika. Suyak va teri osti panarisiyasi, tendovaginit, qon talashlar, panarisiyaning suyak, bu'gum, pay formalari bilan, onkologik kasalliklar, ilon va chayon chaqishlari bilan differensatsiya qlinadi.

Davosi. Bunday xolatlarda radikal operatsiya –shoshilinch amputatsiya qilinmaydi. Umumiy o'g'riqsizlantrish ostida, polliativ operatsiya : osib chiqqan toqimani qiyib kesib olinadi va qisman nekrektomitik, sekvestr ktomi qilinadi va bu'gm tozalanib, tirnoq plastinkasi olib tashlanadi. Tegishli antiseptiklar, antibiotik bilan yuvulib rezina kertmak qoldiriladi va aseptik boylam, gips langeta qoyilib imoblizatsiya qilinadi. 10 kun davomida, antibiotik, uobitik buyriladi. Shu kunlar davomida fizeo terapiya : UFO, UVCh, lazer oladi. Jaroxat tozalanib bitgandan keyingina, sekin astalik bilan LFK buyriladi. Soxadagi xarakat-xolat oldingi darajada tiklanmaydi. 11 – V barmoqlardagi pandaktilitda tezkor yordam korasatilib yiringli jarayon toxtatilmasa, infeksiya tarqaladi va oxir oqibat barmoq kzartikulyasi qilinadi. 1 barmoq pandaktilitida bu muolajani qollashga shoshilmaslik kerak, chunki bu barmoqning bola xayotida zarurati koroq bo'ladi.

Asorati. Panja flegmonasi, barmoq xarakati, funksiyasi cheklanadi, deformatsiya , kontraktura, ankiloz kuzatiladi.

Barmoqlardagi otkir limfangit (limfatik panarisiy) – barmoq limfa tomirlaring yalliqlanishi. Bolalar yoshida juda kam uchraydi.

Klinikasi. Kasallik tez tarqaladi va klinik belgilari namoyon bola boshlaydi. Umumiy tana xarorati qori ($39 - 40^{\circ}\text{C}$) kotariladi va qaltirash kuzatiladi. Kasallikning boshlanishdagi maxaliy belgilari; shish, butun teri yuzasida qizarish bo'ladi. Qisqa mudat ichida, shish va qizarish keng tarqaladi. Keyinchalik shu tomir yonalishi boylab, limfangit, limfadenit qo'shiladi.

Davosi. Asosan konservativ davo muolajalari; keng kolamdagi antibakterial, antigistamina terapiya va qo'l immoblizasiya qilinadi. Fizioterapiya muolajasida UFO yaxshi foyda beradi. Faqatgina asoratlangan formalarida xirurgik yordam korsatiladi.

O'sib kiruvchi tirnoq (vroshsiys nogt). No to'g'ri o'sgan tirnoq plastinkasining (qirralarining), yumshoq to'qimalar aro o'sib kirishi va yallig'lanishiga aytiladi. O'sib kiruvchi tirnoq barcha yoshdagi bolalarda uchraydi. Ayniqsa bu kasallik 12-14 yoshdagi bolalarda, boshqa yoshdagilarga kora koproq uchraydi. Chaqaloqlik davrida xam uchraydi, bunda bir vaqtning o'zida bir nechata, xato xamma oyoq barmoqlarida xam bo'lishi kuzatilgan. Adabiyotlarda keltirilgan ma'lumotlarni, sabab bo'luvchi omillarni organilgandi va qoshimchalar kritildi. Amaliyotda kuzatuvumizda bo'lgan bemorlarning anamnezini organganimizda: oyoq kiyimining siqishi, tirnoq plastinkasini yumshoq to'qimaga qadab qiyish, gigiena qoidalariga amal qilmaslik va boshqa bir qancha sabablarga kora tirnoq qiralari yon to'qimalarga o'sib kiradi (rasm - 57).



Rasm - 57. O'sib kiruvchi tirnoq

Klinikada ambulator davo qilingan bemorlarning ko'chiligini, qiz bolalar. O'sib kiruvchi tirnoq, ong va chap oyoq bosh barmoqlarning, tashqi yoki ichki tomonida, boshqa barmoqlardagiga kora koproq uchraydi.

Etiologiyasi. Tirnoq o'sishi davom qilsa, jarayon chuqurlashib boradi, to'qima butunligi buziladi, ifloslangan soxadan, infeksiya quyi qatlamlarga tarqaladi, yallig'lanish kuchayadi. Yiringli yallig'lanishlarni, stafilakokk va streptakokklar chaqiradi. Oldiniga ma'lum bir soxada, keyin esa butun bir falanga soxasida yiringli yallig'lanish, infeksiyaning tarqalishi bilan kechadi.

Patogenezi. Jaroxat soxasidan o'tgan infeksiya yumshoq to'qimalar aro tarqaladi va yiringli yallig'lanish, destruksiyaga sabab bo'ladi. Ba'zan bir xollarda

barmoqning bir tomonida , goxida barmoqning ikkala yon tomonida xam uchraydi. Shu soxada infeksiya kopayadi va toqimalar destruksiyasiga sabab boladi.

Klinikasi. Kasallikning boshlanishida barmoqning tashqi yoki ichki yon tomonlarida, sanchiq, suqulish xisi boladi. Keyinchalik shu soxada qizarish, og'riq kuzatiladi. Vaqt otishi bilan jarayon chuqurlashadi, tirnoq qirralari osib kirishi davom qiladi, yurganda og'riq kuchayib, xarakat cheklanadi. Teridagi qizarish maydoni tirnoq falangasining bir tomonini, goxida butun falangani egallaydi. Oyoq kiyim kiyganda, yuriganda, xarakatlanganda, og'riq kuchayadi. Jarayon uzoq davom etganda, tirnoq osib kirgan soxaning yonidan yumshoq toqima osib chiqadi va qonaydi. Tirnoq falangasida, ba'zan butun bir barmoqda, qizarish, shish, og'riq kuzatiladi, yurishga qiynaladi.

Diagnostikasi. Kasallikni diagnostikasi qiyin bolmaydi. Anamnezida sababi soriladi va vezikal koruvning ozi uni aniqlash mumkin boladi. Tirnoq plastinkasi osib kirgan soxada; terining qizarishi, shish, paypaslab korganda og'riq bolishi shular jumlasidan. Vaqt otishi bilan shu soxada yumshoq toqimaning osib chiqqanligini koramiz. Yiringli ajralma bolganida bakpasivga olinadi. Asoratlanganda zaruratga kora rentgen qilinadi

Differensial diagnostika. Tirnoq falangasidagi yumshoq toqimalarning jaroxlanishi (sanchilgan, shilingan) va boshqa, ifloslangan jaroxat, qoziqorin (gribok) kasaligi, panarisiyalar bilan differensasiya qilinadi.

Davosi. Boshlanishida konservativ davo qilinadi. Antiseptik eritmalar va antibiotiklar bilan vannalar qilinadi, 70% spirt bilan, boylam qoyiladi. Foyda bermasa, maxaliy og'riqsizlantrish ostida, zararlangan tomondagi tirnoq plastinkasi qisman qiyib kesib olinadi, osib chiqqan yumshoq toqima xam kesib tashlanadi, boshliq 3% perikis vodorod, furasilin bilan qumsizlantriladi. Boshliqqa 5% yod eritmasi shimdirilgan tampon qoyib aseptik boylam boglanadi. Keyingi kunlar, 4-5 kun davomida, 2x3 maxal boshliq 5% yod bilan qumsizlantrilib turiladi,. Fizioterapiya , UVCh, UFO buyriladi. Agarda barmoqning xar ikkala tomonda osib kirgan bolsa, tirnoq plastinkasi toliq olinadi va xirurgik ishlov beriladi.

Asorati. Flegmona, barmoq - tirnoq falangasi osteomieliti.

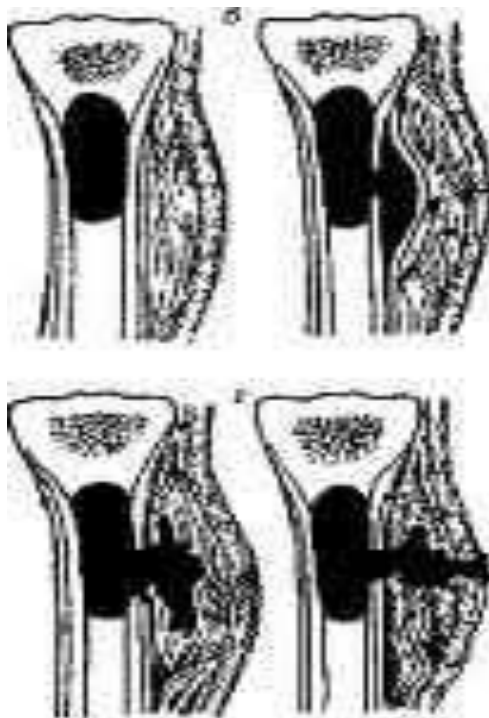
III. Nazorat sovellari.

1. Otkir yiringli artrit nima ?
2. Otkir yiringli artritning formalarini ayting ?
3. Elka – tirsak buqimining artriti korinishi ?
4. Bilak – panja buqumi artriti, elka - tirsak buqumi artritidan farqi ?
5. Yiringli artritni asosiy diagnostik vositasini ayting ?
6. Bursit bu nima, yiringli artiritdan farqlang ?
7. Panarisiyani tasniflab bering ?
8. Panorexiyaning klinikasi ?
9. Tendovaginit bu nima, klinikasi ?
10. Suyak panarisiyasining rentgen korinishi ?
11. Pandaktilit qanday yalliglanish, klinikasi ?
12. Osib kiruvchi tirnoq, klinikasi ?

- 13. Osib kiruvchi tirnoqning panarisiyadan farqi ?**
- 14. Panarisiyalarda qlinadigan kesimlar va davo prinsipi ?**
- 15. Panarisiyaning qaysi formasida loqilovchi (pulsirushiy) oğriq boʻladi ?**

Y- Bob. Osteomielit. Otkir gematogen, atipik va surunkali osteomielit

Ilk bor osteomiyelit tushunchasini 1844 yilda Nelaton fanga kiritgan. Osteomielit gekcha soʻz boʻlib (osteo – suyak, mielit – komik), suyak komigining yiringli yalligʻlanishi degan tor maʼnoni anglatadi. Bu qisqa, notoliq, berilgan tarif xozirgi davrda oʻz keng maʼnoga ega boʻldi. Toliq va keng maʼnoda – suyak komigining, suyak postloʻgining, devorining va atrof yumshoq toʻqimalarning yiringli yalligʻlanishi deb aytiladi (rasm - 61).



Rasm - 61. O'.G.O.

Birlamchi – otkir gematogen va ikkilamchi – kontakt, ochiq sinishlar natijasida infeksiyaning tushishi bilan ifodalanadi. Bolalar yoshida asosan gematogen osteomielit uchraydi, bu oʻz navbatida otkir va surunkaliga boʻlinadi.

Otkir gematogen osteomielit(OGO). OGO bolalar yoshida uchraydigan yiringli kasalliklarning 6 - 10% tashkil qiladi. Otkir gematogen osteomielit, yalligʻlanish soxasiga kora: epifizar; metafizar; diafizar; odontogen boʻladi. Chaqaloqlik davrida boʻladigan epifizar osteomielit: son, elka va katta boldir suyaklarining proksimal qismida koʻproch uchraydi. Xar beshta kasal boladan bittasida ikki va undan koʻp suyaklarda epifizar osteomielit uchrashi aniqlangan. Bola tuʻgilganda uning vazni qancha kam boʻlsa, kasallik kechishi oʻgʻir atipik koʻrinishlarda oʻtadi.

Uzun naysimon suyaklarda boʻladigan osteomielit 70 – 80% tashkil qiladi, yassi suyaklar 10 - 15%, kichik naysimon suyaklarda 5 – 8%, umurtqa poʻgonasidagi suyaklar atiga 1 – 2% tashkil qiladi. Otkir gematogen osteomielit,

60% - tananing pastki qismida uchrasa, yuqori qismida - 20% xollarda uchraydi. 50% xollarda otkir gematogen osteomielit, son va katta boldir suyagida kuzatilsa, keyingi orinda; elka, kichik boldir suyaklari turadi.

Yassi suyaklarda: chanoq suyaklarining osteomieliti, jağ (qori va pastgi), kurak suyaklari, kalla suyaklari osteomieliti shu ketma – ketlikda uchraydi.

1925 yilda Krasnabaev T., taklif qilgan tasnif xozirga qadar qollanilib kelmoqda: 1) toksik yoki adinamik, xozirda adabiyotlarda septik shok deb yuritiladi; 2) septiko-piemik yoki oğir formasi; 3) maxaliy yoki engil formasi.

Chaqaloqlarda boladigan, epifizar osteomielit klinik kechimiga kora ikkita formasi tafovut qilinadi: toksiko-septik va maxaliy otkir ochoğli.

Surunkali gematogen osteomielitning 2 formasi boladi: birlamchi surunkali va ikkilamchi surunkali. Birlamchi surunkali: maxaliy diffuz yoki antibiotikli osteomielit, suyak ichi abscess, sklerozli va albuminoz osteomielitlar kiradi. Ikkilamchi surunkali formasi, kopchilik xollarda ÖGO muvofaqiyatsiz davosi natijasida kelib chiqadi.

ÖGO ni, kopchilik mualliflar bolaning yoshiga, suyaklanish jarayoniga, klinik kechimiga, umumiy oʻzgarishlarga va bolaning yoshiga kora, quyidagilarga ajratadi: 1- chaqaloqlik davriga; 2 – ikki yoshgacha bolgan davrga; 3 – ikki yoshdan katta bolgan bolalik davriga. Qiz bolalarda, oğil bolalarga nisbatan ikki marotaba kam uchraydi.

Suyak va buğumlarga infeksiyaning otish yoʻllari:

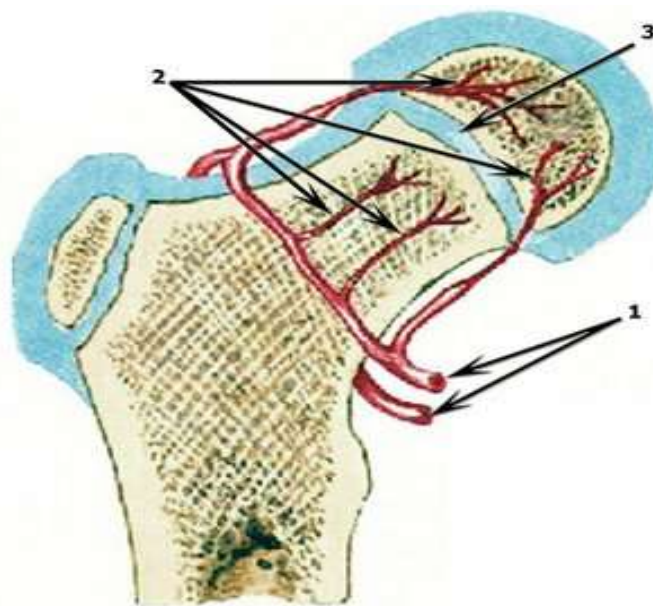
- **Infeksiyaning qon tomirlar orqali otishi, tomirlarning anotomik tuzilishiga bogʻliq boladi.**
- **Yumshoq toʻqimalardagi yalliğlanishlarda, aralash infeksiyalarda (poliinfeksiyada), kontakt yoʻl orqali otadi.**
- **Suyak va buğumlarga qilinadigan muolajalarda (punksiyalardan).**
- **Ortopedik operatsiyalardan keyin rivojlanadigan infeksiyalar.**

Etiologiyasi. (barcha osteomielitlarga tegishli) ÖGO: epifizar, metafizar, difizar, otodogen va boshqa osteomielitni bakterial infeksiyalar, viruslar va qoʻziqorinlar chaqiradi. Turli infeksiyalar bilan birga, organizimdagi boshqa kasalliklar: “Ankilozli spondilit”, “Psoriaz”, “Reyter sindromi” dan xam osteomielitlar kelib chiqadi. Kopchilik xollarda ÖGO qoʻzgatuvchisi, tilla rangli stafilakokk (60-80%), stafilakokk bilan protey (16,3%), kok yiring tayoqchasi (11,4%), ichak tayoqchasi (2,9%), ikki yoki uchtasi birgalikda qoʻzgatadi. Kasallikning davomiyligiga kora, infeksiyalar koʻpayishiga kora, bir biridan ustun keladi va oʻz oʻrnini oʻzgartrib turadi. Biz buyirgan antibiotiklar infeksiyaning ma'lum bir assosiga ta'sir korsatadi, boshqalari chidamli bolaganlishgi uchun olidingi oringa chiqib oladi. Infeksiya gematogen (tomir nazariyasi), jaroxatlanishlardan (emboli nazariyasi), sovuq qotish va boshqa bir qancha sablarga kora suyak komigiga tushadi. Oldiniga infeksiya ma'lum bir soxada destruktiv yalliğlanishni chaqiradi, koʻpayadi va oʻzidan toksin ishlab chiqara boshlaydi. Infeksiya assosiasiyasi kuchayib, destruktiv yemrilish, chirish, zaxarlanish ta'sir kuchi oshadi.

Patogenezi. Barcha ÖGO tegishli. Bola organizimining, nospesifik rezistentligi, sensibilizasi jarayoning susayishi sababli, infeksiyaga qarshilik korsata olmaydi va shu sababli organizimda patologik o'zgarish; yallig'lanish, mikrosirkulyasi, qon, limfa tizimiga ta'sir korsatadi. Suyak ichidagi bosim va xarorat oshadi. Turli jaroxatlanishlardan keyin periostit va infeksiya qo'shilishi natijasida osteomielit rivojlanadi. Chaqaloqlarda bo'ladigan epifizar osteomielit: terida, kindikda bo'ladigan yiringli yallig'lanishlardan va infeksiya bilan tug'ulgan bolalarda bo'ladi.

1894 yilda Lekser kasallikning patogenezida embolik nazariyani, septikopiemiya sababli ÖGO kelib chiqishini, bayon qildi. Bakterial emboli, kichik qon tomirlarga tiqilib qoladi va qon aylanishi izdan chiqadi, bola yoshiga kora tomirlar orqali suyakning barcha qisimlarida emboli bolish extimoli bor. Turub qolgan bakterial emboli yiringli destruktiv yallig'lanishni chaqiradi. ÖGO sabab bo'luvchi omilardan yana biri yumshoq toqimalarda bo'ladigan yiringli yallig'lanishlardir. Adabiyotlarda keltilgan fikr (nazariyadan) biri Derjavin S.M., allergik nazariyasi. Allergik moyillik bo'lgan bolalar organizimida shirin infeksiya o'choqlari bo'ladi va oqibatda yallig'lanishga sabab bo'ladi. Asosiy faktorlardan yana biri bola organizimiga ziyon etkazuvchi faktorlar, sovuq qotish va jaroxatlanishlardan ÖGO kelib chiqadi.

Patologik anotomiyasi. Yallig'lanish jarayoni suyakning metafizar qismidagi o'zgarishlar bilan boshlanadi. Shish, infiltrat vaqt o'tishi bilan boshqa soxalarga tarqaladi. Tomirdagi tromb keyinchalik absessga otadi. Suyakdagi transudat bosim ostida, metafizning g'ovak qismiga, Gaversov va Fol kmanov kanallari orqali suyakning komik qismiga otadi, subperiostal flegmonani chaqiradi. Jarayon suyak boylab va kondalangiga tarqaladi. Suyakning epifizar qismi infeksiyaga qarshilik korsatadi, shu sababli bir yoshgacha bo'lgan bolalarda yallig'lanish qon tomir tizimi orqali epifizar qisimga otadi (rasm – 62).



Rasm - 62. Tomirlarning tarmoqlanishi

Klinikasi. ÖGO klinikasi turli korinishlarda, boshqa kasalliklarda boʻladigan sindromlarga oʻxshash belgilar bilan namoyon boʻladi. Kasallikning klinikasi: bolaning yoshiga, organizimning qarshilik kuchiga (reaktivligiga), suyakdagi destruksiya joyiga, kelib chiqish sababiga va formasiga bogʻliq boʻladi. Toksik formasi bir qancha boshqa kasalliklarda boʻladigan sindromlarni oʻz ichiga oladi. ÖGO maxaliy diffuz, atipik al buminozli, Garre osteomieliti, Brodi abssessida, infeksiyaning virulentligi, osteomielitning namoyon boʻlishida muxim ahamiyatga ega. Keyingi yillarda kasallikning klinik belgilari atipik korinishlarda namoyon boʻlmoqda. Batafsil anamnez yigʻilmasdan, belgilar aniqlanmasdan antibakterial terapiya boshlanishi sabab boʻlmoqda. ÖGO formalarini, kasallikning faqatgina klinik korinishiga qarab emas balki oʻgʻriq xarakteriga kora ajratsa boʻladi. ÖGO uchta formasi tofovut qilinadi: toksik (yashin tezligidagi – mol nenosna), septikopiemik va maxaliy (yiringli – ochoqli) formalari. Kasallikning bu tartibda ketma ketligi va formalarga ajratilishi nisbatan olingan. Kasallikning formalaridagi korinishlar va oʻzgarishlar xar doim xam biz takidlagan dek boʻlavermaydi. Jarayon ba'zida, maxaliy korinishda, keyinchalik esa toksik yoki septikopiemik korinishda namoyon boʻladi (rasm - 63).



Rasm - 63. Elka va katta boldir suyaklarining O'GO

Toksik formasi. Kasallik toʻsatdan boshlanib qisqa muddat ichida, tana xaroratining yuqori korsatgichlarga koʻtarilishi bilan belgi beradi. Shu qisqa vaqt ichida, maxaliy belgilarisiz, toksikoz, umumiy xolsizlik, teri rangi oqargan yoki sarʻgayish korinishda boʻladi. Bola es xushini yoʻqotadi, talvasaga tushadi. Ba'zida: qusish, meningit, perikordit, pnevmoniya korinishida kechadi. Yurak tonlari buʻgʻuq, oʻzgaruvchan, puls tezlashgan (taxikordiya) kasallikga xos boʻladi. Biz kasallikning anamnezini yigʻish, labarator, rentgen, UTT tekshiruvlarini otkazish bilan ovora boʻlgan vaqtimizda, bemor komaga tushadi, yurak urishi va nafas toxtaydi. Toksik (yashin tezligidagi) formasida, 12 – 24 soat ichida bemorda biologik olim kuzatilgan xollari adabiyotlarda yozilgan. Sinchkovlik bilan

tekshirilganda, xar qanday o'g'ir xollarda xam kasallikning mikrosimptomlarini aniqlasa bo'ladi. OGO boshlanishida, bemor qol yoki oyoqini extiyot qiladi, lekin aniq bir o'g'riqli soxani korsata olmaydi. Kuzatuvchi bolaning ikkala qolini, barmoqlaridan ushlab, birin ketin xarakatlantirganda, kasallangan tomonda o'g'riq kucha di, buqumlarda xarakat cheklangan bo'ladi. Bemor qanchalik o'g'ir axvolda bolmasin, xarakatlantirganda unga nisbatan javob reaksiyasi bo'ladi. Palpasiyada, yalliqlanish soxasida maxaliy xarorat va o'g'riq kuzatiladi. Elka, bilak, son, boldir suyaklari yonalishi boyicha, toqmoqcha korinishida barmoq bilan urub korilganda destruksi soxasida o'g'riq kuchayadi, bemor belgi beradi. Kichik va yassi suyaklardagi OGO, kasallik toksik korinishda namoyon bolmaydi. Kasallikning boshlanishida, birinchi soatlarda, yumshoq toqimalarda: qizarish, shish, o'g'riq bolmaydi, xarakat qisman cheklanadi.

Septiko piemik formasi. OGO septik korinishda: suyak, opka, perikard, jigar, buyrak va mi dagi, piemik o'choqlar asorati bilan kechadi. Kasallik bir va bir necha a'zodagi piemik destruksi larga sabab bolishi mumkin. yana bir farqli tomoni, boshqa a'zolda piemik o'choqlar aniqlanganida, asosiy etibor shu a'zodagi ozgarishga qaratiladi va suyakdagi birlamchi destruktiv jarayonga etibor qilinmaydi. Boshqa a'zolda piemik yiringli ozgarish bolganida, su lardagi birlamchi yiringli o'choqni aniqlamoq kerak. OGO toksik formasidagidek, kasallikning maxaliy belgilari unchalik aniq bolmasligi mumkin.

Maxaliy (o'choqli) formasi. Kasallikning bu formasida klinik belgilar yaqqol korinadi. Anamnezida jaroxatlanish bolganligi, bolmagan taqditda xam ma'lum bir joydagi o'g'riqga shikoyat qilishining o'zi kasallikning boshlanishidan dalolat beridi . Keyinchalik zararlangan tomonda (qol yoki oyoqda) xarakat cheklanadi, yaqin buqumlarda, o'g'riq va shish bo'ladi. Birinchi kundan ma'lum bir soxada o'g'riq, teri yuzasida qizarish, shish, kokarish, infiltrasi , flyu ktuasi kuzatiladi. Palpasiya , perkusiya qilib korganimizda, o'g'riqli soxada maxaliy xarorat, infiltratsiyasi aniqlanadi, xarakatlantirganda o'g'riq kuchayadi.

OGO bemorning tana xarorati 38 – 39*S kotariladi. Bola bezovtalanadi, ishtaxasi bolmaydi, uyqusi buziladi.

Diagnostikasi. Boshqa kasalliklardagi kabi oldiniga anamnez yigiladi, kasallikning boshlanishi, bezovtalanish, ishtaxasizlik, uyqusizlik va boshqalar soriladi. Umumiy koruvda asosiy etiborni, qol oyoqlardagi ozgarishlar: shish, qizarish, o'g'riq, xarakat cheklanishi va boshqalar. Sekin astalik bilan, qol va oyoqni xarakatlanib koriladi, buqumdagi xaraktga etibor qilinadi. Keyingi orinda palpasiya va perkusiya qilinadi. Oldiniga engi yuzaki va o'g'riq sezmasa, chuqur palpasiya qilinadi. Toqmoqchalab (perkusiya) urub korganda o'g'riqli soxa aniqlanadi. Oyoqlardagi suyaklarda, osteomielitga shubxa qilinganda, tovon soxasiga urub korilganda, o'g'riq kuchayadi.

Qoshimcha tekshirish vositalari. Oldindan keng qollanib kelingan usullardan biri bu rentgenagrafiya . Kasallikning boshlanish davrida, rentgendagi ozgarishlar aniq bolmasada, yumshoq toqimalardagi ozgarishlarga qarab suyakdagi yalliqlanishlarga xulosa qilish mumkin bo'ladi. Kasallik boshlangandan keyin birinchi 4-5 kunlari, yumshoq toqimadagi ozgarishlarga etibor qilinadi.

Mushaklar va teri osti yoğ qatlami oraliğidagi chegara yoqoladi. Bu rentgen tasvirdagi oʻzgarish boshqa yalligʻlanishlarda xam kuzatiladi. Kech 5-10 kunlarda qilingan rentgen tasvirda, kasallikning mikrosimptomlari suyak ichki tuzilishida joy joylarda uning (arxitektonikasi) oʻzgaradi. Periostal reaksiya boʻlmaydi. Suyak atrofidagi yumshoq toʻqimalarda oʻzgarishlar koriladi. Faqatgina 10-15 kunlari kasallikka xos boʻlgan belgilar, yalligʻlanish soxasida, toʻgʻri yonalishdagi soya koriladi, bu suyak postloğining koʻchishi evaziga yuzaga keladi. Suyakning kortikal qavati notekis boʻladi, suyak postloği qalinlashadi va kortikal qavatga qoshiladi. Metafizar soxada ostoporozli doğlar, baʼzida katta katta xajimdagi lizisli ochoqlar kasallikka xos belgi boʻladi. OGO xos rentgenologik oʻzgarishlar, erta yoshdagi bolalarda 5 – 7 kun, katta yoshdagi bolalarda esa, 10 – 15 kunlari aniq boʻladi. Agarda antibakterial terapi olayotgan bolsa u xolatda bu muddat bir oz choʻziladi. Chanoq, son suyaklaring boshchasi va boyin qismida OGO rentgenologik oʻzgarish (30 – 45 kunlari) namoyon boʻladi. Baʼzi bir birlamchi oʻzgarishlarni rentgen va tomografiya yordamida aniqlanadi. Kasallikdagi rentgenologik oʻzgarishlar qancha kech aniqlansa, shunchalik surunkali formaga oʻtish extimoli kop boʻladi. Xozirda OGO erta diagnostika qilish uchun: suyak ichi bosimini oʻlchash, kserografiya , ultra tovush (UTT), KT, ssintigrafiya , osteoperforasiya , diagnostik punksiya , siydik tarkibidagi yoğni aniqlash usullari mavjud. Bir soʻz bilan aytganda bolalarda OGO, ultra diagnoz qoʻyish vositalarini bajarishda qiyinchiliklar boʻlganligi uchun amaliyotda barchasi qollanilmaydi.

Diagnostik punksiya , rentgenografiya , UTT dianoz qoʻyish usullari, qoʻshimcha suyak ichi bosimini oʻlchash, bizning klinikada keng qolanilmoqda (rasm – 64).



Rasm - 64. Shematik koʻrinishi

Labarator tekshirish vositalari. Umumiy qon taxlilida boʻladigan oʻzgarishlar, leykositoz, neytrofillar va limfasitlarning bir biriga nisbatan oʻzgarishi. Kasallikning keyingi kunlarida, (gemogrammada) gemoglobining tushishi kuzatiladi. Qon va yiring bakterologik choʻkmaga olinadi.

OGO kam uchraydigan atipik formasida, kasallikning klinik korinishlari oʻziga xos korinishlarda namoyon boʻladi. Kokrak yoshidagi bolalardan katta yoshdagi bolalardan farqli tomonlari: infeksiyaga sabab boʻluvchi (omfalit,

piodermiya va boshqalar); bunda suyakning epifizar qismida destruktiv yallig'lanish (O) bo'ladi va subperiostal soxaga tarqaladi. Sekvestr va oqmalar bo'lmaydi, lekin bir nechta suyak va buғumlarda koplamchi yiringli ochoqlar xosil bo'ladi, surunkali formaga otadi.

Yassi suyaklarning osteomieliti (kalla, qovurğa, kurak, tosh va chanoq suyaklari), bu suyaklardagi osteomielit maxaliy (ochoqli) yoki septikopiemik korinishda kechadi. Bu suyaklarda ikki qavatli kortikal plastinka bo'lganligi uchun rentgen tasvirdagi o'zgarishlar kech namoyon bo'ladi. Shu sababli bu suyaklarda bo'ladigan osteomielitlarda boshqa a'zolarga (miya, ko'krak qafasi, qorin boshlig'i va boshqa soxalarda) kasallikning asoratlanishlari kuzatiladi. Yassi suyaklarda bo'ladigan osteomielitlar, uzoq davom tadi, oqmalar xosil bo'ladi, chandiqlanadi va surunkali formaga otadi. Boshqa suyaklardagi ÖGO kora, umurqa poғonasi, chanoq suyaklaridagi osteomielitni diagnostika qilish qiyin bo'ladi. Bolalar yoshida umurtqa poғonasining osteomieliti (0,2 - 0,4%) juda kam uchraydi, lekin chanoq suyaklarining ÖGO 3 – 6% tashkil qiladi. Ayniqsa o'rtta yoshdagi bolalarda yassi suyaklardagi osteomielitni aniqlash ancha qiyin bo'ladi, rentgendagi o'zgarishlar 1,5 – 2 oyda namoyon bo'ladi. Umurtqa poғonasining osteomielitida tana xarorati ko'tariladi, oғriq bo'ladi va xarakat cheklanadi. Koruvda, yallig'lanish soxasida, terining qizarishi, mushaklar taranglashuvu kuzatiladi. Palpatsiya va perkusiyada oғriq kuchayadi. Chanoq suyaklarining ÖGO, tana xaroratining ko'tarilishi, ma'lum bir soxada oғriq bilan namoyon bo'ladi. Kopchilik xollarda, kasallik yonbosh suyagida kuzatiladi. Boshlanishida maxaliy o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi: shu soxada shish, maxaliy xarorat, palpasiyada oғriq kuchayadi.

Maxaliy diffuz osteomielit - kasallikning atipik formasidan biri, jarayon ma'lum bir suyakda bo'ladi va postloqda absess kuzatilmaydi. Keyinchalik suyakning ma'lum bir soxasida yoki butun bir suyak, destruksiyaga uchraydi. Kasallikning bu formasi xam ÖGO klinik korinishlari bilan namoyon bo'ladi, farqli tomoni, suyak postloғi osti absessi va mushaklar aro flegmona bo'lmaydi. Asosan, tana xaroratining ko'tarilishi, oғriq va shu tomonda xarakat cheklanadi. Rentgenologik o'zgarishlar juda kech namoyon bo'ladi. Suyakda destruktiv o'zgarishlar, kortikal qismida boshliqlar korinishida namoyon bo'ladi. Periostal reaksiya bo'lmaydi, turli xajimdagi sekvestrlar koriladi.

Kasallik cho'ziladi, otkir osti va keyinchalik surunkali formaga otadi. Kasallik davri 3 – 5 oy va undan ko'proq davom qiladi.

Antibiotikli osteomielit. ÖGO bu formasi, antibakterial terapiya muolajasi notoғri berilganda yuzaga keladi. Kasallik aniqlanmasdan, antibiotiklar kolami toғri talanmasdan boshlangan xollarda kelib chiqadi. Bemorlarning tana xarorati past bo'ladi, ichki zaxarlanish xos bo'ladi. Keyinchalik suyak postloғi ostida absess xosil bo'ladi va rentgenda otkir gematogen osteomielitga xos o'zgarishlar bo'ladi.

Albuminoz osteomielit. Kasallikning bu formasi, katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Bu yallig'lanish, son va yelka suyaklarida ko'p uchraydi. Suyakning proksimal va distal qisimlarida, suyuqlik (oqsil yoki yoғ) yiғilgan eksudatli boshliqlar bo'ladi. Suyak postloғi ostiga yiғilgan eksudat uni yemiradi va

mushaklar oraliğiga tarqaladi mushaklar aro flegmonaga sabab bo'ladi (mejmishechnoy flegmona). Bu kasallik otkir osti forma korinishida boshlanadi, tana xarorati 37,5 – 38*S oshadi. Bemorlar qol oyoqlardagi og'riqga shikoyat qiladi, og'riqning joylashgan joyini aniq korsatadi. Koruvda shu soxada shish, teri qizarishi va palpasiyada fluktuasiya aniqlanadi. Qol oyoqlarda xarakat cheklanadi, funksiyasi buziladi. Rentgen tasvirda, metafizda va diafizda, dog'li osteoporoz koriladi. Kopchilik xollarda oqmalar bo'ladi va jarayon surunkali formaga otadi.

Brodi abssessi – suyakning ma'lum bir soxasida chegaralangan abssess korinishida bo'ladi. Bolalar yoshida kam uchraydi (3,1%), asosan katta yoshdagi bolalarda kuzatiladi. Katta boldir suyagining proksimal qismida, bilak suyagining distal va son suyagining distal metafizar soxalarida koproq uchraydi. Kasallikning boshlanishi otkir osti formasi korinishida boshlanadi. Bola organizimining ximoyalaniş kuchi, infeksiyaning patogenligiga kora, ba'zi birlarida tanaxarorati yuqori korsatgichlarga kotariladi, ba'zilarida ozgarmaydi. Ichki zaxarlanish alomatlari bolmaydi. Bemorning asosiy shikoyati, qol yoki oyoğidagi (lokal) og'riq. Og'riq doimiy bolmaydi, xarakatlantirganda og'riq kuchayadi. Palpasiya va perkusiyada og'riq kuchaymaydi, ozgarmaydi. Bu bemorlar uchun tungi og'riq xos bo'ladi. Abssess xosil bolganda, shu soxada unchalik katta bolmagan shish koriladi, qizarish va fluktuasiya bolmaydi. Yaqin bolgan buğumda artrit bolish extimoli yuqori bo'ladi. Kasallik chozilsa, avj oladi va maxaliy ÖGO klinik belgilari kuzatiladi. Abssess kuchayadi va qobiği yorilib, yiring suyak postloği ostiga tarqaladi va keyinchalik oqma ochiladi. Boshqa formalaridagi kabi rentgen tasvirda suyakdagi ozgarishlar koriladi. Rentgen tasvirda, yumaloq shakildagi chegaralari aniq bolgan xosila aniqlanadi. Boshliq slerozlangan pardaga oralgan, sekvestrlar korinishida bo'ladi. Asoratlangan xollarda suyak postloğidagi boshqa ozgarishlar aniqlanadi. Diagnostikasi qiyin bolganida, diagnostik punksiya qilinadi.

Sklerozlangan Garre osteomieliti - suyak komigi kanalining sklerozga uchrashi, kortikal qobiqning qalinlashuvi va deformasiyalanishiga aytiladi. Kasallikning kechimiga kora uchta asosiy korinishi farqlanadi: otkir, otkir osti, birlamchi surunkali. ÖGO klinikasi kam xollarda namoyon bo'ladi. Sekvestr va oqma paydo bo'ladi, kasallik surunkali korinishda kechadi. Otkir osti korinishi, sklerozli ozgarish bolishi Garre osteomielitga xos bo'ladi. Vaqti vaqti bilan (tun, kundan qatiy nazar) qol oyoqlarda boladigan og'riq kasallikning asosiy belgisi. Juda qori bolmagan tana xarorati domiy saqlanadi. Umumiy koruvda, kasallangan tomon, soğlom tomonga nisbatan, tolishgan. Palpasiya va perkusiyada og'riq kuchayadi, maxaliy xarorat aniqlanadi. Bemor kasallangan tomon qol oyoğini extiyot qiladi. Bu xolat 1 – 1,5 oy davom qiladi va keyinchalik bolaning umumiy axvoli og'irlashadi. Tana xarorati kotariladi, og'riq kuchayadi, maxaliy ozgarishlar namoyon bo'ladi. Chuqur palpasiyada, og'riq kuchayadi. Diagnostikada rentgen va UTT foydalaniladi (Rasm -).



Rasm – 65. Atipic osteomielit i

Koplamchi osteomielit – bir vaqtda ikkita yoki uchta suyakda boʻladigan osteomielitga aytiladi. Koplamchi osteomielit bir birining asorati yoki birin ketin boshqa suyaklarda rivojlanishi mumkin. Chaqiruvchisi tilla rangli stafilokokklar. Bunday osteomielitlar natijasida, destruktiv pnevmoniya va keyinchalik plevra empiemasi, toksik gepatit, nefrit, yiringli perikardit asoratlari boʻladi. Rentgenologik oʻzgarishlar kech namoyon boʻladi. Oxir oqibat jarayon surunkali formaga oʻtadi va bola nogironlikga chalinadi.

Differensial diagnostika. OGO, qol oyoq, buʻgumlarda boʻladigan turli xildagi oʻgriq (artralgiya), yumshoq toʻqimalardagi yalligʻlanishlardan (flegmona, abscess va boshqalardan) differensiasiya qilinadi. Keyingi yillarda OGO atipik formalari koʻpayganligi sababli differensiasiya qilish anchagina qiyin boʻlmoqda. Birlamchi zveno shifokorlari tomonidan yollanma bilan kelayotgan bemorlarning koʻpchiligida, birlamchi diagnoz, suyak sili, revmatizim, flegmona diagnozi. Katta yoshdagi bolalarda son - chanoq buʻgumining, simfizning va umurtqa poʻgonasining sili bilan differensiasiya qilish qiyin boʻladi. Anamnezida sil kasali boʻlgan bemor bilan kontaktda boʻlganligi, Mantu sinamasi xulosasi diagnozga aniqlik kiritadi. Silga xos boʻlgan yana bir oʻzgarish, poliadinit, koks oraligi va opkadagi limfa tugunlarining katalashuvi (sadaq tizimi). Olingan yiringning bakteriologik xulosasi xam kasallikni farqlashda yordam beradi. Sil kasaligida zazarlangan tomonda mushaklar atrofiyasi tez rivojlanadi. Boshqa kasalliklardan farqlashda xar doimgidek rentgen yordamchi vosita boʻladi. Shuningdek buʻgumlardagi travmatik jaroxatlanishlardan farqlanadi.

Onkologik kasalliklar, suyak sarkomasi va inga oʻsmasi bilan differensiasiya qilinadi. Suyak oʻsmasidan ifarqlash ancha qiyin boʻladi, yordamchi vositalar rentgen, angiografiya va kompyuter tomografiya xam baʼzida aniq maʼlumot bera olmaydi. Onkologik kasalliklarga shubxa qilinganda, (ochiq yoki punktsion) biopsiyaga olinadi va kasallikga aniqlik kiritadi.

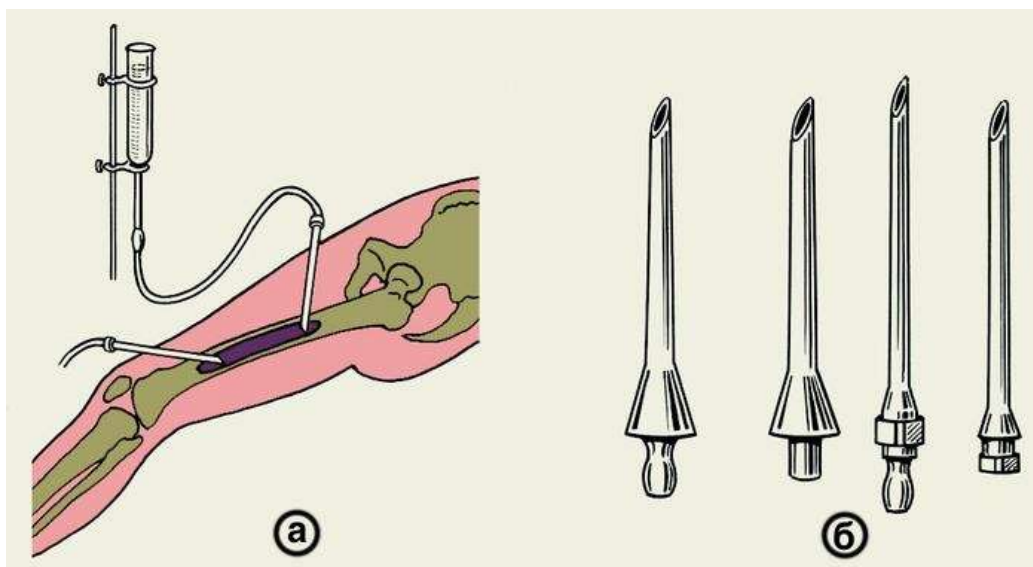
Revmatizimdan farqlashda, anamnez yigʻiladi, revmatizim kassalligi tanaxaroratining kotarilishi bilan boshlanadi va keyin oʻgriq qoshiladi. Buʻgumdagi oʻgriq domiy emas, xarakatlantirganda, oʻgriq kuchaymaydi va bir vaqtda bir necha

buğumlardagi oʻzgarishlar bilan namoyon boʻladi. Rentgen tasvirda oʻzgarishlar boʻlmaydi. Punksiyasida, yiring boʻlmaydi, suyak ichi bosimi oʻzgarishsiz. Revma (proba) sinama, kasallikni farqlashda yordam beradi.

Yumshoq toʻqimalarning yalliqlanishlaridan farqlash qiyin boʻlmaydi. Anamnezida yiringli yaralar, jaraxatlar, gematoma vezikal koruvda aniqlik kiritadi.

Umumiy davo. 1925 yilda T.P.Krasnobaev tomondan tavsiya qilingan davolash usuli xozirga qadar oʻz kuchini yoʻqotganicha yoʻq. Kasallikni davolashda bolaning umumiy axvoli, kasallikning davri, bir va bir necha suyakdagi O va septik oʻzgarishga qarab induvidiul davo tanlanadi. Xozirgi kunda xam bu kasallikning asoratlari kamaygani yoʻq, barcha davo natijalari qoniqarli emas. O davolashda xar bitta bemorga oʻziga xos yondashuv va davo talab qilinadi.

Xirurgik davosi. OGO kasalligini formasiga kora: tezkor, shoshilinch ravishda xirurgik va konservativ davo qilinadi. Kopchilik xirurglar fikriga kora faqatgina osteomielitik flegmonani ochish qoniqarli natija bermaydi. Shuning uchun, imkon qadar, aniqlik boʻlmagan xollarda osteoperforasi qilish juda yaxshi foyda beradi. Extiyotkor osteoperforasiya, diaqnoz qoʻyish, suyak ichi bosimini oʻlchash va davolash juda katta yordam beradi. Qancha erta osteoperforasi qilinsa shunchalik foydali boʻladi, kasallik surunkali formaga oʻtishining oldi olinadi. Xozirgi kunda extiyotkor osteoperforasiyaning ikkita asosiy usuli mavjud: teri orqali maxsus niynada teshilib bosim oʻlchanadi, ikkinchi usul suyakda 2 - 3 (0,3 – 07 sm) teshiklar qilinadi va suyak ichini (komigini) yuvub turuladi (rasm – 65).



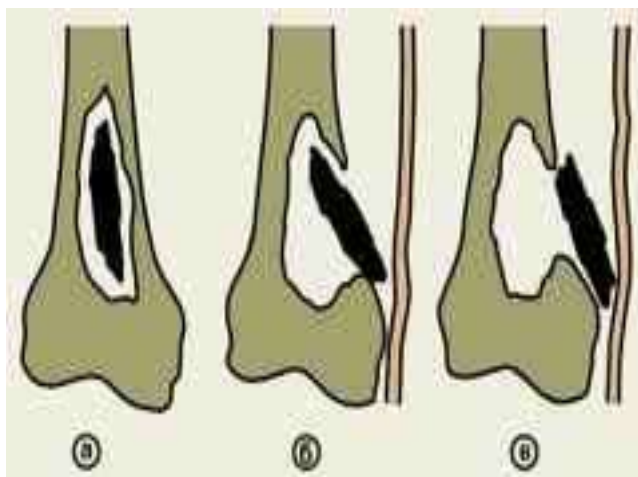
Rasm - 66. Hirurgik davo

Osteoperforasiya oʻrnida maxsus tayorlangan niynalar (igla Bira) yoki polietilen naychalar qoldiriladi va tegishli davo muolajalari (antibiotiklar) borib turiladi. Osteomielitik flegmonada kesimlar qilinadi va qoshimcha osteoperforasi oʻtkazilib, immobilizasiya qilinadi. Bir vaqtning oʻzida simptomatik kopleks davo muolajasi boshlanadi: infuzion terapiya, antibakterial terapiya, vitaminlar, uobiotiklar, antistafilakokkli plazma, immunoglobulin, gammo-globulin,

fizioterapiya (UFO,UVCh, UKCh, SVCh), lazer nurlari buyriladi. Erta diagnoz qoyilib, tegishli davo qilinsa, kasallik surunkali formaga otmaydi.

Asorati. Surunkali osteomielit, suyakning sinishi, soxta buğum, yiringli artrit, kontraktura, sepsis va boshqal.

Surunkali osteomielit. Turli adabiyotlarda, turlicha ma'lumotlar mavjud, 2 oydan 6 oygacha davom qilganda, oqma xosil bo'lib sekvestrlar chiqa boshlasa surunkali osteomielitga otadi deyilgan. 1991 yil, G.A. Bairov, L.M. Roshal "Gnoyna xirurgiya detey" kitobida, klinik va rentgenologik korinishlarga asoslanib, bir oydan keyin surunkali osteomielit diagnozi qoyiladi. Kasallikning surunkali formaga otishida, mikroorganizmning virulentligi, organizimning qarshilik kuchi, tegishli va samarasiz boshlangan davo muolajasi natijasida surunkali formaga otadi. Kasallik otkir davrdan, surunkali formaga otganida, yallig'lanish soxasida, demarkasion val, cheklangan sekvestr (surunkali sekvestrlanuvchi osteomielit) yoki sekvestirsiz suyakdagi boshliq (surunkali yiringli ostomielit) bo'ladi. Bemorlarning kopchiligida oqma ochiladi va uzoq vaqtgacha yiring, nekrotik toqima va sekvestlar ajralib turadi (rasm – 66).



Rasm – 67. Surunkali osteomielit

Klinikasi. Surunkali osteomielitning klinik korinishlari, osteomielitning egalagan orniga, muddatiga va qaytalinish bosqichiga bog'liq bo'ladi. Kasallik avj olganida, bemorning tana xarorati oshadi, umumiy axvoli yomonlashadi, kasallangan qol – oyoqda og'riq va oqmadan yiring ajrala boshlaydi. Maxaliy ozgarishlar, kasallangan soxada, lokal shish, ba'zida terida qizarish kuzatiladi. Bemor organizimidagi infeksiya, uzoq vaqt oz faoliyatini davom etiradi, suyakdagi yemrilish, sekvestrasiya davom qiladi. Klinik ozgarishlar bolmasdan: suyakda patologik sinish, chiqish (buğumda), qol-oyoqning kalta bo'lishi, ankiloz, kontraktura, soxta buğum va oqmalar kuzatiladi. Oqmalar bir birlariga nisbatan, qorida pastda yoki yonma yon joylashadi. Oqma soxasidagi teri osti yog' qatlami emrilgan bo'lib, terining ozi suyak devoriga yopishgan bo'ladi. Oqmaning yuzasini yupqa postloq yopib turadi. Vaqt otishi bilan suyak ichida yiring va sekvestrlar tuplanadi, oqma orqali tashqariga xarakat qiladi va postloqni kuchirib ajrala boshlaydi. Ambulator davo davrida ma'lum bir vaqtga ajralish bo'lmaydi va

yaraning yuzasi qayta bitadi. Rentgen tasvirda, suyak devorining emrilishi, sekvestrasiya xavzasi, destruksiya maydoni, osteoskleroz aniqlanadi. Ba'zida destruksiya maydoni suyakning: yuqori 3/1, orta, quyi 3/1 qismida yoki butun bir suyakni egallaydi. Total osteomielitda, vezikal koruvda: deformasiya, buğum kontrakturasi, oqmalar va ajralma bolishi kasallikga xos korinish boladi. Bemorning kasallangan qol – oyoği doimiy ravishda, longeta, shina bilan immobilizasiya qilinadi.

Diagnostikasi. Anamnez yigiladi, kasallikning davri (muddati) soroladi. Vezikal koruvda, maxaliy ozgarishlar: qizarish, deformasiya, oqma, ajralma aniqlanadi. Surunkali osteomielitni diagnostikasida rentgen juda qol keladi va aniqlik kiritadi. Ikki proeksiyada rentgen qilinganda, suyakdagi ozgarish: periostal ikkilanish, destruksiya ochoği, sekvestrasiya va demarkasion soxa koriladi. Suyakdagi sekvestrlar bir va bir nechata bolib, suyakning turli qisimlarida bolishi mumkin.

Oqmali formalarida qoshimcha diagnostik vosita, fistulografiya otkaziladi. Oqma orqali katetr otkazilib boshliq antiseptik eritmalar bilan yuvuladi va kontrast yuborilib (urogratin, verografin) ikki proeksiyada rentgen qilinadi. Bunda destruksiya maydoni, suyakdagi boshliqning xajmi aniqlanadi. Qoshimcha zamonaviy diagnostik vosita, KT qilinadi, bunda toliq ma'lumotga ega bolamiz. Sekvestrasiya jarayoni, suyakdagi va atrof toqimalardagi barcha ozgarishlarni koramiz

Differensial diagnostika. Atipik formadagi osteomielitlar, bir – biridan va suyaklardagi boshqa kasalliklar bilan differensia qilinadi.

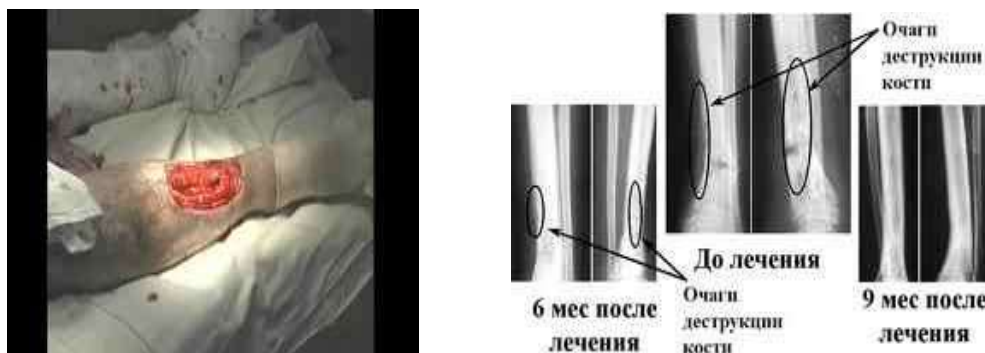
Barcha ÖGO tegishli differensial diagnoz. Chaqaloqlar va erta yoshdagi bolalarda, juda kop xollarda, chuqur joylashgan mushaklar aro flegmona, yiringli artrit, tugriq paytida boladigan turli jaroxatlanishlar, qon talashlar (gematoma), suyaklarning sinishi, uzun naysimon suyaklarning sil kasalligi, tugma sifilis, atipik polmielit, revmatizim, limfadenit, osma (sarkoma), kortikal gipoterioz, yumshoq toqimalardagi yalliqlanishlar, «pseudoparalich» revmatizim va bir qancha boshqa kasalliklar bilan differensiasiya qilinadi.

Flegmonada, qol va oyoqlarni xarakatlantirganda kuchli ogriq bolmaydi. Infiltrat, fluktasiya va maxaliy xarorat flegmonada tez rivojlanadi.

Artrit (birlamchi), chaqaloqlarda deyarli kuzatilmaydi. Suyaklar sinishi ayniqsa, son suyagining postloq ostidan (podnad-kostnichnyy) sinishda, batafsil anamnez yigilib, tasviriy rentgen qilinsa aniqlik kiritiladi. Turli jaroxatlanishdan keyin qon talash va yiringlash extimoli yuqori boladi, buğum funksiya qilinganda qon olinadi va diagnostika qilinadi.

Davosi. Surunkali osteomielitni davolash kompleks ravishda olib boriladi. Kasallik avj olgan davrda, otkir gematogen osteomielitdagidek davo muolajasi buyuriladi. Boshqa paytlarda, yiringli boshliqni tozalash, ichki zaxarlanishga qarshi infuzion terapiya va organizimning umumiy quvvatini kotarish uchun muolaja beriladi. Suyakdagi ozgarishlar, sekvestrasiya xavzasi, yangi suyak qadoğining xosil bolishiga kora 5 – 6 oydan keyin radikal xirurgik davo “Sekvestrektomiya, yiringli boshliqni tozalash, oqmani bartaraf qilish” operatsiyasi

otkaziladi. Uzoq muddatga gips qoyiladi va umumiy quvvatini saqlab turush uchun vitaminlar kompleksi beriladi (rasm – 68).



Rasm - 68. Davogacha va davodan keyingi rentgenologik tasvir.

V. Nazorat sovellari

1. Osteomielit bu nima ?
2. Otkir gematogen osteomielitning formalarini ayting ?
3. Epifizar osteomielit qaysi yoshdagi bolalarda kuzatiladi ?
4. Metafizar osteomielit qaysi soxada boladi ?
5. O. .Osteomielitga xos rentgenologik korinish ?
6. Diafizar osteomielit qaysi suyaklarda kop uchraydi ?
7. O.G.O., toksik formasiga xos klinik belgilar ?
8. Septiko piemik formasi va klinikasi ?
9. Maxaliy formasining boshqa formalaridan farqi ?
10. O.G.O. erta diagnostika qilishda nimalar qol keladi ?
11. Yassi suyaklarda boladigan osteomielitga xos klinik belgilar ?
12. Maxaliy diffuz osteomielit bu qaysi osteomielitga kiradi ?
13. Al buminoz osteomielitga xos rentgenologik korinish ?
14. Brodi osteomieliti qaysi suyaklarda kop uchraydi ?
15. Garre osteomielitiga xos belgilarni ayting ?
16. Atipik osteomielitga qaysi osteomielitlar kiradi ?
17. Atipik osteomielitlarni qaysi kasalliklar bilan dif- qilinadi ?
18. O.G.O. davolash prinsipi ?
19. Surunkali osteomielitga xos belgilar ?
20. Surunkali osteomielitni davolash prinsipi ?

YI – Bob. Paraproktit. Otkir va surunkali paraproktit

Otkir paraporaktit - to'g'ri ichak, chiqish qismi atrof to'qimalarning nospesifik yallig'lanishi. Paraproktit ikkita ko'rinishda bo'ladi, otkir va surunkali.

Bolalar yoshida otkir paraproktit kam uchraydi degan iboralar adabiyotlarda keltirilgan. Lekin bolalar xirurgiyasida faoliyat ko'rsatayotgan mutaxassislar fikri o'zgacha. Bu yallig'lanish chaqaloqlik davrida va boshqa yoshdagi bolalarda ham uchraydi. Gigiena qoidalariga amal qilmaganda: orqa chiqaruv teshigi atrofida, bichilish (oprelost), ich ketish, el kelishi, epidermiya, qashilaganda, jaroxatlanish, ko'p terlash, qabziyat va boshqalar sababli kelib chiqadi. Shuningdek, limfagen va gemotogen yo'lar bilan infeksiyaning tushishi sabab bo'ladi. Anotomo, klinik kechimiga kora: teri osti (perianal), otirgich-to'g'ri ichak (ishorektal), chanoq-to'g'ri ichak shilliq osti (pelviorrektal) va to'g'ri icha orqa tomonidagi (retrorektal) formalari tafovut qilinadi. Chaqaloqlar va ko'krak yoshidagi bolalarda, 95% teri osti (perianal) paraproktit uchraydi. Bu yoshdagi bolalarda paraproktitga asosiy sabab; frunkul, piodermiya, bichilish, septik xolat va boshqalar. Katta yoshdagi bolalarda paraproktitga sabab bo'luvchi omil, orqa chiqaruv teshigi soxasida bo'ladigan, jaroxatlar.

Etiologiyasi. Bakteriologik tekshiruv natijalarida: stafilakokk, ichak tayoqchasi va monomikrob floralar kasallikni chaqiruvchilari deb topildi. Orqa chiqaruv teshigi atrofida bo'lgan yallig'lanishlar evaziga, infeksiya atrof to'qimalarga limfagen va gematogen yo'llar orqali o'tadi va yuqorida keltirilgan paraproktitlarga sabab bo'ladi. Shuningdek infeksiyaning kirish darvozasiga anus kriptalari ham kiradi.

Patogenezi. Jaroxat soxasidan o'tgan infeksiya yumshoq to'qimalar aro tarqaladi va yiringli yallig'lanish, destruksiyaga sabab bo'ladi. Organizimning reaktivligiga, floraning virulentligiga kora destruktiv jarayon bitta anotomik (chegaralangan) soxada bo'ladi yoki shuning o'zi boshqa soxalarga tarqaladi. Destruksiya soxasida infeksiya ko'payadi, to'qimalar destruksiyaga uchrab, yemriladi, to'lishadi, yiring tashqariga yorib chiqadi va tashqi oqmani xosil qiladi. Davom qilib turgan oqмали jarayon surunkali paraproktitga o'tadi va keyinchalik oqмага aylanadi.

Klinikasi. Kasallik otkir boshlanadi. Erta yoshdagi bolalarda kasallikning klinik ko'rinishlari, tez boshlanadi. Bolaning bezovtalanadi (o'g'riq vaziga), uyquasi buziladi, ishtaxasi bo'lmaydi. Ich kelish paytida bola juda kuchli bezovtalanadi, ovuntrishga ko'nmaydi. Tana xarorati 38-39°C va undan yuqori kotariladi. Ayniqsa yorgaklaganda, oraliq soxasini tozalaganda bolaning bezovtaligi ortadi. Erta yoshdagi bolalarda, qusish va ich ketish (diareya) kuzatiladi. Katta yoshdagi bolalarda kasallikning klinikasi o'laroq farqlanadi, xojatga chiqqanida, otirganda, yurganida, o'g'riq kuchayadi. Bemor xolatini o'zgartiradi, yurganda o'zini extiyotlaydi. Kasallikning ba'zi bir formalarida, dizurik o'zgarishlar kasallikga xos bo'ladi. Teri ostida (perianal) formasida, kasallik boshlanishida, teri yuzasida qizarish, shish, o'g'riq, keyinchalik infiltrat va flktuasiya kuzatiladi. Otkir paraproktitning ishorektal formasida kasallikning klinikasi sekin astalik bilan

rivojlanadi. Kasallikning klinik belgilari, umumiy o'zgarishlar bilan boshlanadi, tana xarorati subfebril raqamlarga ko'tariladi, noxushlik, to'g'ri ichak soxasida simlovsi o'g'riq boladi. 4-5 kunlar, tana xarorati 38-39°C ko'tariladi va ichi kelish paytida o'g'riq kuchayadi. Oradan kunlar o'tib maxaliy belgilari namoyon bo'la boshlaydi, teri yuzasida engil qizarish, shish o'g'riq boladi (rasm – 69).



Rasm – 69. O'tkir paraporaktit

Pelvorektal, retrorektal formalarining klinik belgilari umumiy o'zgarishlar bilan kechadi shu sababli diagnostikasi qiyinchilik tu'g'diradi.

Diagnostikasi. Oraliq soxasini umumiy koruvuda, chiqaruv teshigi atrofida: qizarish, shish, xosila aniqlanadi (perianal formasida). Anamnez yig'iladi, umumiy koruv otkaziladi, maxaliy o'zgarishlarga asoslanib dignoz qoyiladi. Kasallikning ishoroektal, pel viorektal, retrorektal formalarini diagnostikasida, palpasiyada, infiltrat boladi, per – rectum korganimizda, xosila, shish, infiltrasiya , flktuasiya aniqlanadi. Umumiy qon taxlilida nisbatan leykositoz, EChT oshishi kasallikka xos boladi Qoshimcha instrumental tekshiruv, rektal oyna bilan korilganda; shilliq osti soxasida, qizarish, shish, yiringli xosila koriladi.

Differensial diagnostika. Oraliq soxasining bichilishi, to'g'ri ichak atrof soxasidagi jaroxatlar, frunkul, flegmona va boshqalar bilan.

Davosi. Kasallikning boshlanishida, qizarish, shish, infiltrasiya bosqichida konservativ davo qilinadi: vanna shu soxaga isutuvchi kompress, iliq xolda mikroklizmalar buyriladi. Qisqa muddatga antibiotik, uobiotik beriladi. Shu kunlar davomida UFO, lazer q'olaniladi. Konservativ davo yordam bermasa, otkir paraproktitning formalariga kora, operativ davo qilinadi. Bolalarda qilinadigan barcha operatsiyalardagidek, otkir paraproktitni ochish xam umumiy o'g'riqsizlantrish ostida bajariladi. Yiringli xosila kesilgach, jaroxatni (maskit) yordamida kengaytriladi, antiseptik eritmalar bilan yuvuladi va yiringdan tozalanib uning tubi aniqlanadi. Jaroxat maydoniga rezinali kertmak (выпусник) qoldiriladi va erta yoshdagi bolalarga, magnezial boylam, katta yoshdagilariga, 10% gipertonik boylam, qoyiladi. Kesim qilingan kundan boshlab, keng kolamdagi antibiotik (6 – 7 kun) davomida, kun davomida 2 – 3 marotaba boylam

oʻzgaririladi. Ikkinchi kundan etiboran lazer nurlari va UFO buyriladi. Uchunchi kundan, kaliy permanganat, chereda bilan otiruvchi vanna, buyriladi. Otkir paraproktitnin isharektal formasida, abssez drenashlanadi va 10 – 15 kun dakomida yuvub turiladi. Asoratlangan xollarda, xirurgik davoni tanlash, xirurgning maxoratiga, tajribasiga koʻra bajariladi.

Asorati. Flegmona, oqma, chandiqlanish, surunkali paraproktit va boshqalar.

. Surunkali paraproktit xam otkir paraproktitdek bolalar yoshida, kattalarga nisbatan kam uchraydi. Otkir paraproktitning davomiyligi bu surunkali paraproktitdir, oqmalar qaytalanishi va yoʻl paydo bolishi bilan izoxlanadi. Surunkali formada, oqmaning ichki teshigi toʻgʻri ichakda, tashqi teshigi oraliq soxasida, chandiqlar koʻrinishida boladi. Bolalarda pararektal oqmalarning paydo bolishi, otkir paraproktitni kech diagnostika qilish va davolashdagi taktik

- parorektal soxaning infeksiyaga moyiligi va qarshilik kuchining bolmasligi, regenerasiya jarayoning sustligi.

- anorektal soxadagi toqimalarning doimo xarakatlanishi, ichak xarakati va toqmalar aro yiringning uzoq vaqt turub qolishi.

- yiringli xosilaning ichakga ochilgandan keyin, doimiy ravishda najasning tushishi evaziga, davom qiluvchi yoʻl xosil boladi va oxir oqibat oqma xosil boladi.

Surunkali paraproktitning, qabul qilingan tasnifi: a) toʻliq pararektal oqma, tashqi tomondan oraliq soxasiga, ichki tomondan toʻgʻri ichak shilliq qavatiga ochiladi; b) tashqi notoʻliq oqma, tashqi tomonga oraliq soxasiga ochiladi; v) ichki notoʻliq oqma, ichki teshigi toʻgʻri ichakga yoki anal kanaliga ochiladi (G.A.Bairov. Gnoyna xirurgiya u detey. 1991y) .

Pararektal oqmalar - notoʻliq va toʻliq oqmalarga ajratiladi.

Notoʻliq oqmalar. Ichki teshigi ichakning shilliq qavatiga ochilgan bolsa, ichki notoʻliq oqma deyiladi. Agarda shu oqma oraliq soxasiga tashqariga ochilgan bolsa, notoʻliq tashqi teri oqmasi deb aytiladi.

Toʻliq oqmalar. Bu oqmalar xam oʻz navbatida, ichki va tashqi oqmaga ajratiladi. Agarda oqmaning tashqi teshigi teriga, ichki teshigi toʻgʻri ichakga yoki anal kanaliga ochilgan bolsa – tashqi toʻliq oqma deb aytiladi.

Klinikasi. Oqmadan doimiy yiring ajralishi, gox bekilib, gox qayta ochilib turushi surunkali paraproktitning asosiy klinik belgilaridan biri. Pararektal oqmalarning klinik belgilari, uning diametriga, kalta-uzunligiga, shakliga va shoxlanishiga boʻgʻliq boladi. Tashqi chiqarish teshigiga qin joylashgan, kalta-tor oqmalar tez ochiladi va qisqa muddatda tozalanib teri oqmasi bitadi. Yiringli oqma keng- uzun boʻlsa Boladagi boshqa yoldosh kasalliklar va organizimning immunobiologik xolati xam muxim rol oʻynaydi.

Oqmalarning qaytalanishiga asosiy sabab, davo qilinganda abssez boshligʻi qisman tozalanadi va oraliq soxasidagi jaroxat yuzasi bitadi, toqimalar oraliqida qolgan yiring (infeksiya) qayta kopayadi va oldingi yoldan yoki boshqa bir joydan yorib chiqadi, shu tariqa pararektal oqmalar paydo boladi. Ichakdagi flora muvozanatining buzilishi va boshqa kasalliklar evaziga xam qaytalanish xolati kuzatiladi. Pararektal oqmalarning qaytalanishiga, xirurgik davolashdagi taktik

xatoliklar xam sabab boladi. Bemor defekasiyadan qorqadi, chunki o'griq kuchayadi. Oraliq soxasida, chandiq ornida, xosila paydo boladi, flktuasiya va o'griq boladi. Chiqaruv teshigi atrofida qizarish, paypaslab korganda o'griq kuchayadi, bola bezovtalanadi Otkir davridagidek, bolaning umumiy axvoli yomonlashadi, uyquasi buziladi, bezovtalanadi, tana xarorati 38-39°C kotariladi. Bemor o'ziga qulay xolat izlaydi, tikturgan xolatda qulaylik topadi, otirganda, xarakatlanganda, o'griq kuchayadi.

Yiringli xosila ochilishi bilan, o'griq susayadi, xarakatlari ozgaradi, tana xarorati tushadi, yiringli ajralma bir necha kundan bir necha haftagacha davom qiladi. Pararektal oqma, keng bolganda, yiring, qon aralash najas chiqishi kuzatiladi. Uzoq davom etgan pararektal oqma ornida, atroflarida, qopol, qattiq, chandiqlanish boladi (rasm – 70).



Rasm – 70. Surunkali paraproktit

Diagnostikasi. Bemordan batafsil anamnez yig'ilganda (onasing sozidan), kasallikning boshlanishi, davomiyligi, korsatilgan yordam, konservativ-operativ davo muolajalari aniqlik kiritadi. Umumiy koruv, palpasiya, per – rectum, restal oyna, zond yordamida va oqmaga boyovchi moddalar (1% metilin koki yoki brilyant yashili) borib koriladi. Asosiy diagnostik vosita, fistulagrafiya. Pararektal oqmaning yonalishi, kalta-uzunligi, sfinkterlarga nisbatan joylashishorni aniqlanadi. Yiringli ajralmani bakteriologik tekshiruvga topshiriladi, infeksiya turlari aniqlanadi. Barcha kasalliklardagidek, umumiy qon, najas, siydik taxlillari olinadi. Asoratlangan formalarida, chanoq a'zolarini rentgen qilinadi va UTT otkaziladi. Oqma orqali metal naycha (zond) otkazilib korilganda, anal teshigidan chiqadi, bu qoshimcha tekshiruv usulini extiyotkorlik bilan otkaziladi. Ba'zi xollarda ichak shilliq qavati jaroxatlanadi yoki soxda oqma xosil qilinadi. Bu tekshiruv usuli diagnostika va davolashda qulay vosita xisoblanadi (rasm – 71).



Rasm – 71. To'mtoq (zond) naycha orqali oqmani aniqlash

Differensial diagnostika. Oraliq soxasidagi notoliq va toliq oqmalarni biridan differensiasi qilinadi. Shuningdek to'g'ma anorektal soxa norosoliklarida otkazilgan operatsiyalarning asoratlaridan farqlanadi.

Davosi. Chaqaloqlik davrida pararektal oqmalar konservativ davo qilinadi. Asosiy maqsad, yiringli yallig'lanish maydonini tozalash, maxaliy ta'sir korsatishdan iborat. Kun davomida 2-3 maxal, iliq kaliy permanganatli vannalar buyriladi. Oqma antiseptik eritmalar bilan birnecha marotaba yuvuladi. Bolaning ichi kelganida, oraliq soxasi tozalab yuvuladi. Ambulator davo muolajalari davom qildiriladi, oralliq soxasiga UFO #3, qolaniladi. Konservativ davo yordam bermasa, 8-10 oyligida, radikal operativ davo qilinadi. Shu davr davomida oqma toliq shakillanadi va qaytalanmaydi. Katta yoshdagi bolalarda oqmani: 1% xlorfillipt, 1: 5000 furasilin, 10% dioksidin eritmasi bilan 4 – 6 kun davomida yuuvub turiladi. Maxaliy geliy-neon va yarim otkazgich lazer nurlariri buyriladi. Bu yoshdagi bolalarda operatsiya muddatini tanlash, individual tarzda amalga oshiriladi. Oqma yo'lining shakillanish darajasi, bolaning yoshi, yoldosh kasalliklari xisobga olinadi. Bolalar yoshidagi barcha operatsiyalar umumiy og'riqsizlantirish ostida olib boriladi. Pararektal oqmalarni davolashda asosan, oqmani batomom kesib-qiyib tashlash va jaroxatni tikish bilan tugatiladi. Operatsiyadan keyingi davrda antibiotik, umumiy quvatlantruvchi va fizioterapiya muolajalari buyriladi. Birinchi uch kun suyuq ovqatlar (bulion), qatiq va 6 – 7 kundan boshqa ovqatlar beriladi. Bu bolalarni bir yil davomida dispanser kuzatuvda boladi. Birinchi koruv bir oydan keyin, keyingilari 6 va 12 oydan keyin otkaziladi.

Asorati. Flegmona, receidiv oqmalar, chandiqlanish va boshqalar.

1V. Nazorat sovellari

1. Otkir paropraktitning formalarini ayting ?
2. Perianal formasi qaysi yoshdagi bolalarda ko'p uchraydi ?
3. Ishorektal formasiga izox bering ?
4. Paropraktini differensial diagnostikasi ?
5. Surunkali paropraktitni otkir paropraktitdan farqi ?
6. Surunkali paropraktitning tasnifi ?

- 7. Toliq va notoliq oqmalarni farqi ?**
- 8. Surunkali paropraktitni diagnostikasi ?**
- 9. Residiv oqma bu nima ?**
- 10. Surunkali paropraktitni xirurgik davosi ?**

Olingan bilimlarni mustahkamsh uchun test sinovlari

1. Yiringli yallilganish kasalliklarining formalarini aniqlang?
 - A. Sestik, toksik, surunkali.
 - B. Toksiko - septik, septiko - piemik, mahaliy, surunkali.
 - V. Septiko - piemik, toksiko - piemik.
 - G. Mahaliy, umumiy, surunkali.
 - D. Barcha javoblar to'g'ri.
2. Chaqaloqlik davrida yumshoq t'yoqimalarda bo'ladigan yiringli yalliqlanish kasalliklariga nimalar kiradi?
 - A. Furunkul, furunkulyoz, flegmona, peritonit, adenaflegmona.
 - B. Otit, subpektoral flegmona, limfangit, limfangoit, gidrodenit.
 - V. Piodarmiya, vezikulyopustulyoz, sklerema, psevdofurunkulyoz, saramas, chaqaloqlar mastiti, omfalit, adiponekroz, nekrotik flegmona, limfadenit.
 - G. Stomatit, otit, peritonit, pandoktilit, gonit, sinusit.
 - D. Barcha javoblar to'g'ri.
3. Omfalitning formalarini aniqlang?
 - A. Kataral, flegmonoz, gangrenoz, gangrenoz perforativ.
 - B. Oddiy (kataral), flegmonoz, gangrenoz.
 - V. Flegmonoz, gangrenoz, perforativ.
 - G. O'tkir surunkali, asoratlangan.
 - D. Oddiy, o'tkir, o'tkir osti, surunkali.
4. Yiringli yallilganishlarda bo'ladigan mahaliy belgilarni aniqlang?
 - A. O'g'riq (bolaning bezovtaligi bilan namoyon bo'ladi), teri yuzasida qizarish, shish, mahaliy harorat, infil'trasiya, flyuktuasiya, ko'karish, qorayish.
 - B. Tana harorati yuqori, mahaliy harorat, shish, o'g'riq, qon talash.
 - V. Teri yuzasi quruq, shilingan, yalliqlangan, o'g'riqli, jarohat bor.
 - G. Limfa tugunlari kattalashgan, o'g'riqli, qattiq, infiltrasiya aniqlanadi.
 - D. Barcha javoblar to'g'ri.
5. O'tkir gematogen epifizar osteomielitni tasniflab bering?
 - A. O'tkir, o'tkir osti, surunkali.
 - B. Toksiko - septik, mahaliy.
 - V. Kataral, flegmonoz, gangrenoz.
 - G. Septiko - piemik, toksiko - septik, mahaliy.
 - D. Barcha javoblar t'yg'ri
6. O'tkir gematogen epifizar osteomielitning asosiy diagnostik vositalariga nimalar kiradi.?
 - A. Umumiy koruv, rentgenogramma, UTT, buqumning punksiyasi.
 - B. Umumiy koruv, kontrastli tekshiruv, radioizotop tekshiruv.
 - V. EHO, osteomedulografiya, angiografiya.
 - G. Fistulografiya, sonografiya, dopler.
 - D. Umumiy koruv, pal'pasiya, perkusiya, osteoperforasiya.
7. Epifizar osteomielitga hos rentgenologik korinishni aniqlang?
 - A. Osteoparoz, sekvestrasiya, periostal reaksiyani koramiz.

- B. 2 - 3 kunlar, buğum oraliğining kengayganligini, yiringli artrit va yumshoq toqimalardagi oʻzgarishni koramiz.
- V. Destruksiya, sekvestrasiya, osteoporozi koriladi.
- G. Suyak va suyak parda oraliğida suyuqlik koriladi.
- D. 16 - 18 kunlar, destruktiv oʻzgarishlar koriladi.
8. Epifizar osteomielitni qaysi kasalliklar bilan differensiasiya gilinadi?
- A. Psevdofurunkulyoz, saramas, piodermiya, pemfigus, streptodermiya.
- B. Chaqaloqlar flegmonasi, displaziya, umrov va elka suyaklarining sinishi, parez paralich, pnevmoniya, sepsis.
- V. Bursit, tendovaginit, flegmona, artrit.
- G. Paralich, psevdo paralich, parez.
- D. Artrit, artroz, osteoma.
9. Furunkulni, furunkulyozdan farqlang?
- A. Bitta soch haltachasining, teri bezining atrof yumshoq toqimalarining yalliğlanishi.
- B. Bir nechata soch haltachasining turli sohalarda yalliğlanishi.
- V. Boshning soch sohasidagi soch haltachalarining yiringli yalliolanishi.
- G. Katta maydonda bir nechata soch haltachalarining va teri bezlarining nekrotik yiringli yalliğlanishi.
- D. Teri yuzasida joylashgan sohta chipqon (pustulla)
10. Korbunkulga izoh berining?
- A. Bir nechata soch haltachasining yiringli yalliğlanishi.
- B. Katta maydonda bir nechata soch haltachasining, teri bezlarining, teri osti yoğ qatlamining otkir yiringli nekrotik yalliğlanishi.
- V. Tananing turli joylarida soch haltachasining va teri osti yoğ qatlamining yiringli yalliğlanishi.
- G. Teri, teri osti yoğ qatlamining va atrof toqimalarning yalliğlanishi.
- D. Katta maydonda teri yuzasining va yoğ qatlamining yiringli yalliğlanishi.
11. Gidroadenit bu nima?
- A. Limfa tugunlarining yiringli yalliğlanishi.
- B. Limfa tomirlarining yalliğlanishi.
- V. Teri bezlarining yiringli yalliğlanishi.
- G. Yuzaki limfa tugunlarining yalliğlanishi.
- D. Bezlarining yalliğlanishi.
12. Tashqi abscesslarni qaysi kasalliklardan differensiasiya qilinadi?
- A. Nekrotik flegmona, chaqaloqlar mastiti, saramas.
- B. Artrit, bursit, tendovaginit, sinusitdan.
- V. Tashqi gematomalardan, gidroadenit, tomirlar anevrizimi va oʻsmalardan.
- G. Osteoma, osteosarkoma, limfagranulematozdan.
- D. Panorihiya, suyak panorisiyasidan, oʻsib kiruvchi tirnoqdan.
13. Ajralmaga kora flegmonaning formalarini aniqlang?
- A. Hilioz, bulioz, gemorogik.
- B. Seroz, yiringli, yiringli gemorogik, chirituvchi.
- V. Nekrotik, limfatik, fibrinoz, eksudativ.

- G. Qonli, limfali, safroli, eksudatli.
D. Fibrinli, eksudatli, transudatli.
14. Tashqi limfa tugunlari tiğis joylashgan sohalari?
A. Ko'krak qafasi, qorin oldi devori, son sohalari.
B. Qo'ltiq osti, tizza orqa yuzasi, panja sohalari.
V. Boyin sohasi, jağ osti, iyak osti, quloq osti.
G. Panja, bilak, boldir, tovon sohalarida.
D. Barcha javoblar toğri.
15. Limfadenitni qaysi kasalliklardan differentsiya qilinadi?
A. Stomatit, skarlatina, qizamiq, suv chechak.
B. Furunkul, furunkulyoz, flegmona, absessdan.
V. Adenaflegmona, epidparatit, osteomielit, chov churrasi, surunkali nospesifik limfadenitdan, skarlatina, difteriya, grip, siflis, sil, limfagranulematozdan.
G. Hidrodenit, limfangioma, lipoma, gemangioma, anenoma, absessdan.
D. Barcha javoblar toğri.
16. Adenaflegmona bu nima?
A. Jağ osti limfa tugunlarining yiringli yalliğlanishi.
B. Chov sohasi limfa tugunlarining yiringli yalliğlanishi.
V. Limfa tugunlarining atrof yumshoq toqimalarning yiringli yalliğlanishi.
G. Qo'ltiq osti limfa tugunlari va atrof toqimalarning yiringli yalliğlanishi.
D. Barcha javoblar toqri.
17. Yiringli paratitni diagnostik pal'pasiyasiga hos belgilar?
A. Yumshoq konsisensiyali hosila aniqlanadi.
B. Qattiq oğriqli hosila aniqlanadi.
V. Mahaliy harorat, oğriq, infil'trasiya va keyinchalik flyuktuasiya aniqlanadi.
G. Limfa tugunlari kattalashgan, birlashgan, oğriqli.
D. Barcha javoblar toğri.
18. Otkir yiringli artritning kelib chiqish sababini ayting?
A. Flegmona, absess, furunkuldan keyin kelib chiqadi.
B. Limfagen endogen, gematogen yollar bilan infeksiya tushishidan kelib chiqadi.
V. Suyaklarning sinishidan, artrozlar natijasida kelib chiqadi.
G. Buğumlarga yaqin sohadagi gematoma, jarohat, yiringli yalliğlanishlardan va buğumdagi kasalliklar evaziga kelib chiqadi.
D. Surunkali kasalliklar, spetsifik va nospesifik kasalliklardan kelib chiqadi.
19. Eksudativ artiritda buğumga yiğiladigan suyuqlik?
A. Transudat, eksudat, hilioz, gemorogik.
B. Yiringli, qonli, limfali.
V. Serroz, fibrinoz, yiringli, yiringli gemorogik va chirituvchi.
G. Eksudatli, transudatli, fibrinozli.
D. Barcha javoblar toğri.
20. Otkir yiringli panarisiyaning formalarini ayting?
A. Mushak, oraliq, tomir, tashqi, ichki.
B. Tirnoq, tirnoq osti, tironoq falangasi.

- V. Teri, teri osti, tirnoq yostiqchasi, tirnoq yon sohasi, tirnoq osti, pay, suyak, buğum.
- G. Tirnoq falangasi, 1 falanga, 2 falanga, 3 falanga, tarqo?.
- D. Buğumda, buğumdan tashqarida, buğumga yaqin.
21. Panarihiya bu nima?
- A. Tirnoq falangasining yiringli yalliğlanishi.
- B. Tirnoq yosti?chasining yiringli yalliğlanishi.
- V. Tirnoq osti sohasining yiringli yalliğlanishi.
- G. Tirnoq yon sohasi yumshoq toqimasining yiringli yalliglanishi.
- D. Tirnoq falangasi suyagining yiringli yalliğlanishi.
22. Tendovaginit bu qanday yalliğlanish?
- A. Tirnoq falangasining yiringli yalliğlanishi,
- B. Tirnoq osti sohasining yiringli yalliğlanishi.
- V. Barmoq payining yiringli yalliğlanishi.
- G. Buğum haltachasining yiringli yalliğlanishi.
- D. Barcha javoblar toğri.
23. Tendovaginitni qaysi kasalliklar bilan differensiasiya qilinadi?
- A. Pandaktilit, limfadenit, limfangoit.
- B. Suyak va teri osti panarisiyasi, payning chozilishi, suyaklar jarohatlanishi va onkologik kasalliklardan.
- V. Sinusit, bursit, panasiya, panorihiyadan.
- G. Limfangoit, sinusit, serozit, artritdan.
- D. Limfangoit, osteoma, osteoblastomadan.
24. Tirnoq falanga suyak panarisiyasini nomlab bering?
- A. Barmoq payining yiringli yalliğlanishi- tendovaginit.
- B. Barmoqdagi barcha toqimalarning yiringli yalliğlanishi - pandaktilit.
- V. Tirnoq falangasi suyagining yirigli yalliğlanishi - osteomielit.
- G. Tirnoq yostiqchasining yiringli yalliğlanishi - panarihiya.
- D. Barcha javoblar toğri.
25. Buğum panarisiyasida boʻladigan rentgenologik oʻzgarishni aniqlang?
- A. Osteoparoz, periostit, suyak siljishi koʻrinadi.
- B. Suyakda destruktiv oʻzgarish, artrit koʻrinadi.
- V. Suyakda destruktiv oʻzgarish, patologik chiqish koʻrinadi.
- G. Buğum atrofi yumshoq toqimalarining dağalashganligi, osteoparoz, asoratlenganda destruktiv oʻzgarish, sekvestrasiya koʻrinadi.
- D. Barcha javoblar toğri.
26. Buğum panarisiyasining asoratlari nimalar kiradi?
- A. Artrit, sindaktilit, polidaktolit.
- B. Tendovaginit, pandoktilit , kontraktura, oqma, limfangit, limfadenit, panja flegmonasi.
- V. Artroz, artrit, sinusit.
- G. Panorihiya, bursit, artrit.
- D. Barcha javoblat toğri.
27. Pandoktilit bu nima?

- A. Biror bir barmoqdagi tarqoq yiringli yallig'lanish.
 - B. Tirnoq osti sohasidagi yiringli yallig'lanish.
 - V. Biror bir buғumdagi yiringli yallig'lanish.
 - G. Tirnoq yostiqchasining yiringli yallig'lanishi.
 - D. Barmoq limfa tomirlarining yiringli yallig'lanishi.
28. Ōsib kiruvchi tirnoq (panorihiyani) differensasiya qiling?
- A. Tirnoq flangasi panarisiyasi bilan diff-ya qilinadi.
 - B. Pandoktilit, panorihiyadan diff-ya qilinadi.
 - V. Tirnoq falanga yumshoq toqimalarining infeksiyalangan jarohatlanishlaridan, qoziqorin kasalligidan, panarisiyadan diff- ya qilinadi.
 - G. Gemangiomadan, lipomadan, ateromadan diff-ya qilinadi.
 - D. Sindaktilit, polidaktilit, artritdan diff-ya qilinadi.
29. ŲGO formalarini aniqlab bering?
- A. Ōtkir, otkir osti, surunkali.
 - B. Birlamchi otkir, ikkilamchi, surunkali formalari.
 - V. Toksik, septiko-piemik, mahaliy formalari.
 - G. Toksiko-septik, septik, septikopiemik formalari.
 - D. Birlamchi, ikkilamchi, surunkali formalari.
30. Bolalar yoshida uzun naysimon suyaklar ichidagi normal bosimni aniqlang?
- A. 1 - 5 yoshda 60 - 120. 6 - 10 yoshda 70 - 140. 11 - 15 yoshda 80 - 160 ml/suv/ustiniga teng boladi.
 - B. 1 - 5 yoshda 60 - 120. 6 - 10 yoshda 70 - 140. 11 - 15 yoshda 80 - 160 ml/suv/ustiniga teng boladi.
 - V. 2 - 5 yoshda 50 - 70. 6 - 10 yoshda 71 - 101. 11 - 15 yoshda 100 - 120 ml/suv/ustiniga teng boladi.
 - G. 5 yoshgacha 60 - 90. 6 - 10 yoshda 101 - 111. 11 - 15 yoshda 110 - 120 ml/suv/ustiniga teng boladi.
 - D. 5 yoshgacha 90 - 100. 6 - 10 yoshda 101 - 110. 11 - 15 yoshda 111 - 120 ml/suv/ustiniga teng boladi.
31. ŌGO ni diagnostikasida otkaziladigan qoshimcha vositalarni aniqlab bering?
- A. Umumiy koruv, pal'pasiya, perkusiya, auskul'tasiya, laborator tahlillari.
 - B. UTT., K.T., diagnostik punsiya, suyak ichidagi bosimni o'lchash, elektrorentgenografiya, osteomedulografiya.
 - V. Dopler, MSKT., angiografiya, radioizotop tekshiruv.
 - G. Umumiy rentgenografiya, Dopler, laborator tahlillari.
 - D. Osteomedulografiya, osteoperforasiya, laborator tahlillari.
32. Anotomo - klinik kechimiga ko'ra paropraktitning qanday formalari bor?
- A. Teri, teri osti, mushak va ichak formali.
 - B. Anal sohasi, anorektal soha, oraliq sohasi formalari.
 - V. Teri osti, quymich - to'g'ri ichak, chanoqli - to'g'ri ichak, to'g'ri ichak orti formalari.
 - G. Oraliq sohasi to'g'ri ichak, teri teri osti, to'g'ri ichak oraliq sohasi formalari.
 - D. To'g'ri ichak shilliq qavati va oraliq sohasi, to'g'ri ichak quymich sohasi formalari.

33. Surunkali paropraktitni tasniflab bering?
- A. Ichakga ochilgan va oraliq sohasiga ochilgan oqma.
 - B. Ichak va qin dahliziga ochilgan oqma.
 - V. Toliq parorektal oqma, tashqi notoliq oqma, ichki notoliq oqma.
 - G. Toliq ichak va uretraga ochilgan oqma, uretravezikal oqma.
 - D. To'g'ri ichak oqmasi, chiqaruv teshigi oqmasi, yo'gon ichak oqmasi.
34. Parorektal oqmalarni diagnostika qiling?
- A. Qorin boshlig'ini umumiy rentgen tasviri, UTT qilinadi.
 - B. Lakmus qo'g'oz yordamida RN aniqlanadi, tomtoq zond bilan koriladi.
 - V. Umumiy koruv, rektoromanoskopiya, kolonoskopiyada aniqlanadi.
 - G. Umumiy koruv, pal'pasiya qilinadi, per rectum, zond, rectal oyna, boyovchi modda yordamida va fistulografiya qilinadi.
 - D. Sifon hoqna qilinib irrigografiya va kolonoskopiya qilinadi.
35. Paropraktitning formalarini, ketma - ketlikdagi, mosliklarini topib qoying?
- A. Teri osti - 1. retrorektal
 - B. quymich - to'g'ri ichak - 2. perional/
 - V. Chanoqli - to'g'ri ichak - 3. pelvorectal/
 - G. To'g'ri ichak orti - 4. ishorektal

JAVOBLAR:

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Жавоб	B	V	B	A	D	A	B	B	A
№	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Жавоб	B	V	V	B	V	V	V	V	G
№	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Жавоб	V	V	B	V	B	V	G	B	A
№	28	29	30	31	32	33	34	35	
Жавоб	V	V	D	B	V	V	G	1G 2A 3V 4B	

Vaziyatli masalalar:

1. ToshPMI klinika qabul bo'limiga 21 kunlik chaqaloqni olib kelishgan. Onasining shikoyati; ikki kun bldi, yorgaklaganda, bezovtalanadi, yig'laydi. Bugundan bezovtaligi kuchaydi, uyqusi yomon. Anamnezida 5 - 6 kun oldin badanida yiringli toshmalar bolgan va ambulator sharoitda davolangan.

Umumiy koruvda, ong qoli gavdasiga yaqinlashgan, harakati cheklangan, panjasi tashqariga buralgan holatda. Ehtiyotkorlik bilan echintrib ko'rganimizda, ong qolida deyarli harakat yoq, asta sekinlik bilan harakatlantirganda, bola bezovtaligi kuchayib yig'ladi. Elka bu'gumi sohasida shish va mahaliy harorat aniqlandi.

Sizning diagnozingiz? Tavsiyangiz !

2. 16 kunlik chaqaloq. Onasining shikoyati; bola kindigining namlanishiga. Anamnezidan, kindigi 12 kun tushgan, shu davrda faqatgina zelenka bilan yuqumsizlantrib yurgan.

Boğlov honasida korganimizda, kindik chuqurchasi ifloslangan, atrof toqimalar qizargan, uning asosida qizğish holatdagi (0,2 x 0,2 sm) qoldiq orni koriladi.

Sizning diagnozingiz? Tavsiyangiz !

3. 30 kunlik chaqaloq. Onasining shikoyati; anal teshigi sohasidagi yiringli hosilaga, bolaning bezovtalanishiga. Anamnezida, bolaning ichi qotadi, 2 - 3 kunda bir marta keladi, gaz chiqaradi, zoriqadi.

Umumiy koruvda, anorektal sohada, soat 3 - 4 oraliqida shish va 1,0 x 1,5 sm hajimda yiringli hosila korinadi. Paypaslaganda ogriqli, atroflari qizargan. Bolaning tana harorati subfebril raqamlarda.

Sizning diagnozingiz? Tavsiyangiz !

4. Bola 4 yoshda. Onasining shikoyati; bolaning ong tomonlama jağ ostidagi hosilaga, bezovtaligiga, ogriqqa. 4 - 5 kun oldin quloği ogriğan, ozlari bornie kislota tomizib yurishgan, foyda bermagan.

Koruvda. ong tomon jağ osti sohasida, 2,2 x 2,3 sm hajimda qattiq konsistensiyali hosila paypaslanadi, harakatchan, ogriqli. Tana harorati subfebril. Ong quloğidan juda kam miqdorda ajralma borligi korildi.

Sizning diagnozingiz? Tavsiyangiz !

5. 13 yoshli bola. Shikoyati; chap qoltiq osti sohasidagi shishga, ogriqqa, qolini harakatlantirganda ogriqning kuchayishiga. Anamnezidan bugun 3 kun, spirt qilgan yordam bermagan.

Koruvda, chap tomon qoltiq osti sohasida 0,6 x 0,7 sm, 0,8 x 1,0 sm ikkita yiringli hosila korinadi atroflari qizargan, pal'pasiyada ogriqli.

Sizning diagnozingiz? Tavsiyangiz !

6. 10 yoshli bola. Shikoyatlari; ong tomonlama jağ osti sohasidagi hosilaga, ogriqqa, tana haroratining kotarilishiga, bosh ogriğiga. Anamnezidan ma`lum boldikim 4 kun damomida issiq qilib boylab yurgan, ohirgi ikki kun mazli boylam boğlagan.

Koruvda, ong tomonlama jağ osti sohasida 8,0 x10,0 sm hajimda yiringli hosila koriladi, atroflarida qizarish, shish bor. Bola boshini harakatlantira olmaydi, harakatlantirganda ogriq kuchayadi. Pal'pasiyada mahaliy harorat, ogriq, fl'yukuasiya aniqlanadi.

Sizning diagnozingiz? Tavsiyangiz !

7. Bemorning yoshi 12 da. Shikoyatlari ong tirsak boğumidagi ogʻriqqa, qolida va tirsak buğumida harakat cheklanligiga. Anamnezidan bundan uch kun oldin sport musoboqasida qatnashgan va travma olgan.

Koruvda, ong qolida harakat cheklangan, qolini ehtiyot qiladi, tirsak buğumida shish, qizarish bor. Pal'pasiyada mahaliy harorat, ogʻriq bor, harakatlantirganda ogʻriq kuchayadi.

Sizning diagnozingiz?. Tavsiyangiz !

8. Bola 7 yoshda. Shikoyati; ong qol 2 barmoqdagi shishga, ogʻriqqa. Uch kun oldin qizargan, uyida vanichka qilgan, mazli boylam qoʻygan.

Koruvda, ong qol 2 barmoqda shish, qizarish bor. Harakatlantirganda ogʻriq kuchayadi, pal'pasiyada mahaliy harorat va pulsasiya aniqlanadi.

Sizning diagnozingiz? Tavsiyangiz !

9. Bemor 9 yoshda. Qabul bolimiga tez tibbiy yordam mashinasida olib kelingan. Umumiy ahvoli juda ogʻir, tana harorati $39,5^{\circ}\text{S}$, puls - 140, nafasi - 40.

Koruvda, teri koʻrinishi sarğish rangda, quriq, ikki marta qusgan. Kōkrak qafasining rentgen tasvirida pnevmoniya va kardit alomatlari koʻrinadi. 3 - 4 kun oldin ong boldir sohasi bilan temir buyumga urilgan va jarohat olgan.

Poliklinikaga murojat qilgan va ambulator davo buyirilgan. Ikkinchi kunda tana harorati 39°S kotarilgan, antibakterial terapiyani kupaytirilgan, foyda bermagan.

Koruvda, ong boldirning orta qismida, kōkarish, qon talash, shish kuzatiladi. Oyoğini harakatlantrib koʻrganimizda, palpasiya qilganimizda ogʻriq sezayapti va harakati cheklangan.

Sizning diagnozingiz? Tavsiyangiz !

10. Bemor 14 yoshda. Shikoyatlari chap qol elka orta qismidan ajralmaga.

Anamnezidan; bir yil oldin, travma olgan va ogʻir ahvolda hirurgiya bolimiga yotgizilgan va bir oy davomida davolangan, osteoperforasiya qlinib, yuvub turilgan va 12 kun naychalar olingan. Ikki marotaba qayta davolangan.

Koruvda, chap elkaning orta 3/1 qismida oqma yara, yiringli ajralma koʻriladi. qoli longetada immobilizasiya qisman harakt cheklangan.

Sizning diagnozingiz? Tavsiyangiz!

JAVOBLAR:

1. Ong elka suyagining E.O. Buğum punsiya qlinib eirindan tozalnfndi ya antibiotic yuboriladi. Immobilizasiya qilinib, antibakterial terapiya, infusion terapiya, fizio terapiya buyeriladi.

2. Omfalit kataral formasi. Ambulator davo, perikis vodorod 3% + furasillin, 70% spirt, 5% yod.

3. Paropraktit teri osti formasi. Incisio, perikis vodorod 3% + furasillin, magnezial boğlam qoʻyiladi.

4. O'ng tomonlam jağ osti sohasining limfadeniti. LOR koruvu ya tavsiyasi, ambulator davo muolajasi buyiriladi.
5. O'ng qolliq osti gidrodeniti. Incisio, perikis vodorod 3% , furasillin, gipertonik boğlam, UFO, antibitik, euobiotik buyiriladi.
6. O'ng tomonlama jağ osti adenaflegmonasi. Incisio, perikis vodorod 3% , furasillin, gipertonik boğlam (3 maxal), antibitik, euobiotik., UFO, UVC.
7. O'ng qol tirsak buğumining artriti. Diagnostik punksiya, antibitik yuboriladi, immobilizasiya qilinadi. Antibitik, euobiotik, UFO, UVC bueriladi.
8. O'ng qol 2 barmoq tirnoq falangasi teri osti panarisiyasi. Incisio, perikis vodorod 3% , furasillin, gipertonik boğlam, margeansovkali vanna, UFO, antibitik, euobiotik bueriladi..
9. O'ng katta boldir suyagining osteoyeiliti. Osteoperforatsiya, antibitik, euobiotik., simptomatik davo. Immobilizasiya qilinadi.
10. Chap elka suyagining surunkali osteomieliti, suyak – teri oqma yarasi. Antibitik, euobiotik., simptomatik davo. Immobilizasiya qilinadi.

Tavsiya qilinayotgan dori vositalarining qo'llanilishi

Preparatlar Guruhei	Preparatning himik nomlanishi	qo'lla- nilish usuli	qo'llanilish miqdori
2- davr Sefalosporinlar	Sefantral Sefamandol Sefuraksim (Mandol, Zinasef)	v/i , m/o	50-100 mg/kg kuniga, 3-4 marta
3- davr Sefalosporinlar	Iksim Sefakson (Seftriakson, Rosefin)	peros v/i , m/o	6 oylikdan keyin. 8 mg/kg 1 maheal, 4 mg/kg 2 maheal; 12 eshdan kattalarga 400 mg/kg 1 maheal. Chaqaloqlar 20-50mg/kg kuniga, 1 mahealga, 3 haftadan - 12 yoshgacha 20-80 mg/kg kuniga, 1 maheal
Amino-glikozidlar	Tobramisin Netilmisin Amikasin (Nebsin, Netromisin)	v/i , m/o	3-5 mg/kg kuniga, 1 mahealga 6-8 mg/kg kuniga, 1 mahealga 10-15 mg/kg kuniga, 1 maheal
Ftorhinolinlar	Siprofloksasin Fleroksasin(Sipro bay, Hinodis)	v/i	20-40mg/kg kuniga, 2 maheal
Glikopeptidlar	Vankomisin (Vankosin)		30-40mg/kg kuniga, 2-3 maheal
Karbopenemlar	Metropenem (Meronem)	v/i, m/o	60 mg/kg kuniga, 3 maheal
Rifamisinlar	Rifampisin	Peros, v/i	8-10 mg/kg kuniga, 2 maheal
Anti-anaeroblar	Metronidazol (metrogil, trihopol)	peros v/i	10-12mg/kg kuniga, 2 mahealga. (chaqloqlar 15 mg/kg kuniga)
Zamburğga qarshi	Flyukonazol Amfotersin (Diflyukan, Amfoterisin V),	peros v/i	6-10 mg/kg kuniga, 2 maheal
Makrolidlar	Eritromisin Azitromisin Roksitromisin (Sumamed, Rulid)	peros v/i	30-50 mg/kg kuniga, 4 maheal. 5 mg/kg kuniga, 1 maheal. 20-30 mg/kg kuniga.
Boshqa guruhelar	Fuzidieva k-ta	Per os	40-60 mg/kg kuniga, 3 maheal

Xulosa

Uzoq yillik ish tajribamizga, olib borilgan ilmiy – amaliy xulosalarga, adabiyotlardagi va oxirgi yillardagi internet ma'lumotlariga asoslangan xolda qo'llanma boyitildi. Yana bir farqli tomoni, chaqaloqlik davridan boshlab, bolalar yoshida, yumshoq toqima suyak va buğumlarda bo'ladigan yiringli yalliqlanish kasalliklarining uchrashi, statistik ma'lumotlarga asoslangan ketma ketlikda berildi. Ushbu qo'llanmada, oldiniga infeksiya , bakteriyalar to'g'risida umumiy ma'lumot berildi. Infeksiyaning turlari, organizimga o'tish yo'llari, assosiyasi, aralash infeksiyalar to'g'risida qo'shimchalar kritildi. O'zga qo'llanmalardan faroqli tomoni, boshlanishida kasallikning tiopatogeniziga umumiy tarif berildi. Keyinchalik xar bir kasallikga aloxida tarif berilgach: uning tiopatogenezi, klinikasi, diagnostikasi, qo'shimcha va zamonavi tekshirish vositalari, labarator taxlillaridagi bo'ladigan o'zgarishlarga qo'shimchalar kritildi. Xozirgi zamon talabi boyicha standart diagnostika, umumiy va xirurgik davolashdagi qo'shimchalar, differensial diagnostikasi, kasallikning asoratlarga qo'shimchalar kritildi. Bolalar organizimining, anotomofiziologik xususiyati, teri yuzasida bo'ladigan turli jaroxatlar sababli bo'ladigan yumshoq toqimalarning yiringli yalliqlanishlari kasalliklari xozirda xam tez-tez uchrashi. Bola organizimining o'ziga xosligi, umumiy va maxaliy o'zgarishlar, infeksiyaning oldini olish, ularga qarshi kurashish chora tadbirlari, antibakterial terapiya va bir qancha boshqalar to'g'risida yangi ma'lumotlar bilan toldirildi. Kasallikning surunkali formaga o'tishi, qachon surunkali deb aytilishi to'g'risida yangi, ma'lumotlar berildi. Kasallikning o'g'ir asorati sepsis to'g'risida aloxida ma'lumot berib otdik.

Biz uzoq yillik o'z nazariy va amaliy ish tajribamiz davomida ortirganlarimizni sizlarga yozma ravishda bayon qilishga xarakat qildik. Qo'llanmada kamchilik va xatoliklar bo'lishi mumkin, fikir muloxazalaringiz bolsa qo'shilamiz.

Foydalanilgan adabiyotlar roʻyhati

1. Aylamazyan .K., // Vestnik Ros. Assosasiya akusherov i ginekologov. 1995. - # 2 – s 3 – 4
2. Akjigitov G.N., din .B. // Gematogennqy osteomielit. M. Medisina. 1988 – 288 s
3. Andronesku A. Anatomi rebenka. – Buxarest, 1970. Izdatel stvo «Meridiane»
4. Bairov G.A, Roshal L.M. Gnoyna xirurgiya detey. – Leningrad, 1981, s 238-265.
5. Baranova A.A. Sindromna diagnostika v pediatrii spravochnik. – Moskva, 1997, s 7-12.
6. Bairov G.A. Neotlojna xirurgiya detey (rukovodstva dlya vrachey). – 2-e izd. – Leningrad, 1983, s 203-208.
7. Gavr shov V.V., Sotnikova K.A. Rukovodstva po neonatologii. - Leningrad, 1985, s 56-63.
8. Doleskiy S. ., Gavr shov V.V., Akop n V.G. Xirurgiya novorojdenных. – Moskva, 1976.
9. Gisak S.N., Rudnev V.I., Morozova O.L., i dr. «Aktual ныy voprosy xirurgicheskoy infektsii u detey» Materialы Vseros. Simpoziuma detskix xururgov. Voronej 2004 s 59 – 60.
10. Dolesskiy S. . Obshie problemy detskoy xirurgii. – Moskva, 1984, s 200-232.
11. Dolesskiy S. ., Lyonishkin A.I. Gnoyno-vospalitelnie zabolivaniy novorojdennix. – Moskva, 1965.
12. Krasovska T.V., Kobzeva T.N. Diagnostika i intensivna terapiya v xirurgii novorojdenных. Metodicheskie rekomendasi . – Moskva, 2001.
13. Misharev O.S., Moni V.M. Programma infuzionnoy terapii pri gnoyno-septicheskix zabolivanix u detey. Metodicheskie rekomendasiya . – Minsk, 1983.
14. Roshal L.M. – Notlojnaya xirurgiya v pediatrii. – Moskva, 1996.
15. Robertson N.R. perevod s angliyskogo Shakinoy L.D. Prakticheskoe rukovodstvo po neonatologii. – Moskva, 1998.
16. Sitkovskiy N.B., Plotnikova A.N., Zapadinskiy A.T. Paropraktity u novorojdenных. – Xirurgi , 1974, # 2 s 1o3-1o6..
17. Safonova M.V., Krasovska T.V., Karmazanovskiy G.G. Aktualnie voprosi diagnostiki osteomielita u novorojdennix i grudni detey. – Moskva, Mejdunarodniy jurnal 1999, # 3-4.
18. Struchkov V.I., Gosti ev V.K., Struchkov .V. Rukovodstvo po gnoynoy xirurgii. – Moskva, «Medisina» 1984.
19. Usenko L.V., Kligunenکو E.N., Profilaktika i lechenie infektsionnix oslojneniy v praktike vracha anesteziologa i xirurga. – Dnepropetrovsk, 2004..
20. Xamraev A.J. Paropraktit u detey. – Tashkent, 1998, s 53-67.
21. Choliem M.S., Narzikulov U.K., Ruzikulov U.Sh., Rasulov X.A. Ranna diagnostika i lechenin pifizarnogo osteomielita u novorojdenных. – Tashkent, 2006, Pediatri #3-4, s 92-95.

22. Choliev M.S., Boyahmedov F.F., Yusupov Yu.H. Chaqaloqlik davrida namlanuvchi kindikni erta tashhizlash va davolash. - Tashkent, 2009. Pediatriya №3-4, b 64-66.
23. Chuliev M.S. Rannaya diagnostika i lecheniya moknushogo pupka u detey. "Sovremennye aspekti ohrany zdorov'ya garmonichno razvitogo pokoleniya" Nauchno-prakticheskoy konferensiya. Buhara 2010 g.
24. Chuliev M.S., Postravmaticheskiy osteomielit kostey goleni u detey. II - S`ezd detskih hirurgov respubliki Uzbekistan. - Tashkent, 2011, sbornik s 121-122.
25. Suman V. G., Mashkov A.E., Sherbina V.I., i soav. // Detska xirurgi . – 2000. - # 1. – 16 – 20.
26. Buttenshoen K., Fleshmann W., Haupt U., et al. // J. Trauma. – 2000. – vol. 48 - # 2 – P. 241 – 245.
27. Lamprecht E. // Orthopede. – 1997 – vol 26. - # 10 – p. 868 – 876/

MUNDARIJA

Qisqartirilgan soʻzlar	4
Kirish	5
I – Bob. Umumiy masalalar	
Hirurgik infeksiyaning, etiopatogenezi, infeksiyaning organizimga tushish yoʻllari, oʻchoqlari, organizimda boʻladigan mahaliy va umumiy oʻzgarishlar. Chaqaloqlik davrida boʻladigan anotomo-fiziologik	6
II-Bob.Chaalolik davrida yumsho toʻima, suyak va buғumlarda boʻladigan yiringli yalliғlanish kasalliklari	16
III-Bob.Bosha yoshdagi bolalarda, yumsho toʻqima, limfa tugunlari va tomirlarida boʻladigan yiringli yalliғlanish	41
IY-Bob.Otkir yiringli artritlar, panarisiy va oʻsib kiruvchi tirnoq	60
Y-Bob.Osteomielit.Otkir gematogen osteomielit va surunkali osteomielit	82
YI-Bob.Paraproktit.Otkir va surunkali paraproktit	95
Test sinov savolari	101
Vaziyatli masalalar	106
Tavsiya qilingan dori vositalari	110
Hulosa	111
Foydalanilgan adabiyotlar roʻyhati	112