

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС  
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ,  
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ  
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ИКРАМОВА ФАРИДА ДАМИНОВНА,**

**Билим соҳа-ижтимоий таъминот ва соғлиқни сақлаш-50000**

**Таълим соҳаси - 510000**

**“Умумий хирургия”**

**фанидан**

**Жаррохлик инфекцияси**

**ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА**

Даволаш иши – 5510100

Касб таълими (даволаш иши-5510100) -5111000

Педиатрия иши – 5510200 таълим йўналишлари учун

**Андижон 2017 йил**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС  
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ,  
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ  
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ  
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ИКРАМОВА ФАРИДА ДАМИНОВНА,**

**«ТАСДИҚЛАЙМАН»**

АДТИ ўқув ишлари бўйича проректор

\_\_\_\_\_ И.И.Алимджанов

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 йил

№ \_\_\_\_\_ баённома

**«КЕЛИШИЛДИ»**

Жарроҳлик касалликлари бўйича

муаммолар хайъати раиси

\_\_\_\_\_ Ф.Нишонов

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 йил

№ \_\_\_\_\_ баённома

**“Умумий хирургия”  
фанидан**

**Жарроҳлик инфекцияси**

**ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА**

Даволаш иши – 5510100

Касб таълими (даволаш иши-5510100) -5111000

Педиатрия иши – 5510200 таълим йўналишлари учун

**Андижон 2017 йил**

**Тузувчилар:**

**Ф.Д.Икрамова**

Умумий жарроҳлик кафедраси ассистенти

**Тақризчилар:**

**А.О.Охунов**

ТТА умумий ва болалар жарроҳлиги  
кафедра мудири т.ф.н., профессор

**Б.Р.Абдуллажонов**

Жарроҳлик ва урология кафедраси  
доценти

*Мазкур ўқув қўлланма барча тиббиёт олийгохларнинг даволаш, педиатрия факултетлари ва касб таълими (даволаш иши) 3 курс талабалари учун мўжалланган. Бунда хирургик инфекцион касалликларнинг асосий келиб чиқиш сабаблари, патогенези, таъхисланиши ва даволаш усуллари кўрилган. Материал қисқа ифодаланиб, ўз таркибига жарроҳлик инфекция бўйича масалалар ва тест- саволларини қамраб олган.*

Ўқув-услугий қўлланма АДТИ Марказий услубий хайъатида муҳокама қилинди ва Институт кенгашига тавсия қилинди.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2017 йил баённома № \_\_\_\_\_

Ўқув-услугий қўлланма Андижон давлат тиббиёт институт кенгашида тасдиқланди.

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2017 йил баённома № \_\_\_\_\_

**Кенгаши котибаси, доцент**

**Х.А.Хусанова**

## МУНДАРИЖА

### **Ўткир йирингли неспецифик инфекция.**

|                          |    |
|--------------------------|----|
| Услубий материаллар..... | 8  |
| Фурункул.....            | 8  |
| Карбункул.....           | 9  |
| Абсцесс.....             | 10 |
| Флегмона .....           | 11 |
| Аденофлегмона.....       | 1  |
| Сарамас .....            | 12 |
| Паротит .....            | 18 |
| Мастит.....              |    |
| Панариций.....           |    |
| Масалалар .....          | 20 |
| Тестлар .....            | 22 |

### **Суяк ва бўғимлар инфекцияси. Сепсис.**

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Услубий материаллар.....   | 49 |
| Гематоген остеомиелит..... | 49 |
| Сепсис .....               | 55 |
| Тестлар .....              | 68 |

### **Ўткир ва сурункали специфик инфекция.**

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Услубий материаллар .....   | 85 |
| Қоқшол .....                | 85 |
| Куйдирги .....              | 87 |
| Жарохатлар дифтерияси ..... | 88 |
| Газли гангрена .....        | 88 |
| Суяк ва бўғимлар сили.....  | 93 |
| Актиномикоз .....           | 94 |
| Захм .....                  | 95 |
| Вазиятли масалалар .....    | 96 |
| Тестлар .....               | 98 |

## ***Жаррохлик инфекцияси***

### ***Ўткир йирингли носпецифик инфекция.***

**Маишулотнинг умумий мақсади:** тери ва тери ости ёғ қатламини йирингли-яллиғланиш касалликларини этиопатогенези, клиник манзараси, ташхисланиши ва даволаш усуллари билан талабаларни таништириш. Талабаларга мазкур касаллик билан оғриган беморларни ташхисланишини, қиёсий ташхисни олиб бориш ва адекват даволаш усулларини танлашни ўргатиш. Анатомия ва микробиология фанларидан олинган билимларини мустахкамлаш.

**Хусусий мақсадлар:** дарсда ишлаш натижасида талаба билиши лозим:

- тери, тери ости, клетчатка оралиғи, ва безли аъзоларни йирингли касалликларини этиология ва патогенезини.
- алохида нозологик касалликларни клиник манзарасини.
- замонавий ва классик ташхислаш усуллари.
- маҳаллий консерватив ва жаррохлик даволаш тамойилларини.
- умумий даволашни.

**Талаба бажара олиши лозим:**

- жаррохлик инфекция билан оғриган беморларни ташхислашни
- қиёсий ташхислашни ўтказишни
- адекват даволашни танлашни
- абсцессни очишни
- йирингли жароҳатни боғламини алмаштиришни

**Тасавурга эга бўлиш:**

- барокамера ва гипербарик оксигенация усуллари ҳақида
- бошқариладиган абактериал муҳит ҳақида

**5.Ўқув вақти ( академик соатларда)**

**6. Маишулот ўқув соатлари:**

1. Ўткир йирингли жаррохлик инфекцияси ўзи нима?
2. Ўткир йирингли жаррохлик инфекциясини умумий белгилари?
3. Фурункул этиопатогенези.
4. Фурункулни патологик анатомияси.
5. Яллиғланиш босқичларига асосан фурункулни клиник куриниши.
6. Юз фурункулини инфилтрация босқичида даволаш принциплари.
7. Юз фурункулини йирингли-некротик ўзаги босқичида даволаш принциплари.
8. Юз фурункулини чандиқланиш босқичида даволаш.
9. Инфекцияланган (зарарланган) тромбларнинг тарқалиш йўллари.
10. Ўткир йирингли паротитнинг клиник манзарасини хусусиятлари.
11. Карбункул келиб чиқиши сабаблари.
12. Карбункулни клиник манзараси.
13. Карбункулни маҳаллий ва умумий даволаниши.
14. Абсцесс этиопатогенези.
15. Абсцессни жойланишига қараб клиник манзараси.
16. Абсцессни маҳаллий ва умумий даволаниши.
17. Флегмонанинг этиопатогенези.
18. Флегмонанинг клиник кўриниши.
19. Флегмонанинг маҳаллий ва умумий даволаниши.
20. Флегмонанинг маҳаллий ва умумий асоратлари.

***Ўқув ва моддий таъминот:***

Машғулот ўтиш жойи- ўқув хонаси, боғлов хонаси, ташрихлар хонаси;

Турли хил носпецифик йирингли касалликлар билан оғриган тематик беморлар;

Жадваллар, паталогоанатомик препаратлар, «Хирургик инфекция» мавзуси хақида расмлар, рентгенограммалар, слайдлар, видеофилмлар.

Мураббийлар учун тавсия қилинган адабиётлар:

1. Волколаков Я.В. Общая хирургия. Рига, 1989.
2. Стручков В.И. Общая хирургия. М., 1984.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия. М., 2005.
4. Петров С.П. Общая хирургия. М., 2005.
5. Зубарев П.Н. Общая хирургия. Спб., 2004.
6. Лекции по курсу общей хирургии. Ставрополь, 1998.
7. Тесты контроля знаний. Ставрополь, 2005.- ч.3.
8. Стручков В.И., Гостищев В.К., Ю.В.Стручков В.Ю. «Руководство по гнойной хирургии»
9. Ё.О. Орипов, Ш.Н.Каримов. “Умумий хирургия”, 1994.
10. [http:// www.nlr.ru/res/inv/ic](http://www.nlr.ru/res/inv/ic)
11. <http://www.elibrary.ru/>
12. <http://www.medmir.com/>
- 13 <http://www.medLine.ru>

***Машғулот ўтказишни режа ва услуби, ўқув вақтини тақсимланиши:***

Ўқитувчининг машғулот мақсади ва мазмуни ёритилганлиги хақида кириш сўзи-5мин;

Талабаларнинг асосий билим даражасини назорат қилиш, уларни асосий билимларини назорат қиятган вақда талабалар томонидан қўйилган хатоларни таҳлил қилиш билан биргаликда-10 мин;

Амалий машғулот вақтда ўрганиладиган ўқув саволлари-30 мин;

Ўқитувчи ва талаба билан биргаликда тематик беморларни муҳокама қилиш-30 мин;

Бунда талабалар 2-3тадан бўлиб бир неча гуруҳга бўлинади ва мустақил курация учун тематик беморни танлашади. Талабалар анамнез йиғиб, беморни ва маҳаллий ўчоқни объектив ҳолатини ўрганишади.

Талабаларнинг натижавий билим назорати ( тест ва вазиятли масалаларни ечиш)-25 мин;

Дарсни якунланиши ва натижалар ҳисоботи-4 мин;

Кейинги машғулотга тайерланиш учун талабаларга вазифаларни тақсимлаш-1 мин.

### **Амалий кўникмалар**

1. Тоза ва йирингли жароҳатни боғламини алмаштириш.
2. **оқар-сув** тизими орқали жароҳат диализини ўтказиш.
3. Маҳаллий жароҳатни тасвирлаш (status localis).
4. Йирингли-септик касалликлари билан оғриган беморларни текшириш усулларини режасини тузиш.

### **Мустақил назорат учун саволлар**

1. Ўткир йирингли жаррохлик инфекцияларни синфланиши.
2. Ўткир йирингли жаррохлик инфекцияларни қандай маҳаллий белгилари бор.
3. Юз фурункулларини хусусиятлари.
4. Ўткир йирингли менингитни ривожланишини олдини олиш.
5. Аденофлегмонани этиопатогенези.
6. Бўйин аденофлегмонасини ривожланиш хавфи.
7. Бўйин аденофлегмонасини клиник кўриниши.

8. Бўйин аденофлегмонасини яллиғланиш даражасига қараб маҳаллий даволаниши.
9. Бўйин аденофлегмонасини умумий даволаниши.
10. Ўткир йирингли паротитни этиопатогенези.
11. Паротитни яллиғланиш даражасига қараб маҳаллий даволаниши.
12. Ўткир йирингли паротитни умумий даволаниши.
13. Ўткир йирингли паротитни асоратлари.

### **Машғулотга мустақил тайёргарлик**

#### **1. Мустақил тайергарликни мақсади.**

Машғулотга мустақил таерланиш натижасида Сиз **БИЛИШИЗ** керак:

- 1) тери, тери ости, клетчатка оралиғи, ва безли аъзоларни йирингли касалликларини этиология ва патогенезини.
- 2) алоҳида нозологик касалликларни клиник манзарасини.
- 3) замонавий ва классик ташхислаш усуллари.
- 4) маҳаллий консерватив ва жаррохлик даволаш тамойилларини.
- 5) умумий даволашни.

#### **2. Мустақил тайергарликни ташкил этиш.**

- 1) мустақил тайёргарликни мақсадларини аниқлаб олинг;
- 2) тавсия қилинган адабиётларни ўрганинг;
- 3) умумий жаррохлик кафедрасида ўқиладиган “Йирингли инфекция” маърузасини конспектиздан қайтаринг;
- 4) мазкур қўлланмада ишлаб чиқилган “Ахборотлар тўпламини” ўрганиб чиқинг;
- 5) тест саволларига жавоб ва вазиятли масалаларни ишланг.

## МЕТОДИК МАТЕРИАЛЛАР

### *Аннотация (саволни замонавий ҳолати)*



## ФУРУНКУЛ (ЧИПҚОН)

Фурункул ( чипқон) соч халатачаси , тери ёғ безининг ва атроф тўқималарининг йирингли яллиғланишидир.

*Этиопатогенез.* Кўпчилик ҳолатларда унинг қўзғатувчиси тилларанг стафилококкдир. Ушбу касалликка мойил ҳолатлар қанди диабет, авитаминоз, оғир хамрох касалликлар, гигиена қоидаларига риоя қилмаслик. Эркаклар аёлларга нисбатан 10 баробар кўп хасталанади. Фурункулни кечиши 3 босқичдан иборат:

- инфильтратив,
- йирингли некротик ўзакни шаклланиши ва тушиши
- чандиқланиш

фурункулни ривожланиш хусусияти шундаки ҳосил бўлган инфильтрат некротик ўзак ҳосил бўлган майдондан бир неча бор ошиб ўтади. Инфилтратда майда капилляр ва веналар тромбланади.

### *Клиник кўриниши.*

1. Инфилтрация босқичи. Жараён оғриқли гиперемияга учраган тугунчадан бошланади. Инфилтрат марказида соч толаси мавжуд. 24-48 соатдан сўнг пустула ҳосил бўлади.

2. Йирингли некротик ўзакни шаклланиши ва уни тушиши босқичи.

Соч қопчаси ва ёғ беи йирингли яллиғланишга учрайди. Бунда гиперемия ва инфилтрат майдони катталашади. Марказда йирингли некротик ўёак пайдо бўлади. Аста секин инфилтрат марказидаги тери йиринглайди ва некрозга учрайди ва ўзак тушиб кетади.

3. Чандикланиш босқичи. Йирингли некротик массалар бутунлай чикиб кетгандан сўнг бир оз кичик бўлган тери нуқсони ҳосил бўлади, у бириктирувчи тўқимага алмашилиб эпителизациялашади.

### **Даволаш.**

*А) Махаллий даво.* Асоратланмаган фурункул консерватив тарзда даволанади.

**Инфилтрация босқичида** тери спирт билан артилади, пустулани эса 5% йод (**тинктура**) билан куйдирилади. Қуруқ иссиқлик ва физиотерапия қўлланилади. Пенициллин-новокаинли блокадаларни қўллаш самаралидир.

*Йирингли некротик ўзак шакллангандан* сўнг уни тез тушиб кетишига имкон яратиш керак. Бунинг учун 2 услуб қўлланилади :

- 1) Некрозлашган тери устига салицил кислотани кристалларини қўйишади, тери атрофига химоя сифатида маз малхами суртиб қўйилади.
- 2) Терига антисептик восита билан ишлов берилгандан сўнг, терида ҳар хил босим ўтказмасдан ўзак “москит” билан механик тарзда олиб ташланади.

*В) Умумий даво.* Умумий даво одатда аталаб этилмеди. Асоратли фурункулар ва юз фурункули бундан мустаснодир.

### **Юз фурункулини хусусиятлари**

Шуни таъкидлаш керакки, ушбу касаллик бир жойда жойлашаган бўлиб илгаритдан бемор ҳаётига ҳавф солади. Бу- юз фурункули, асосан улар

лаб тепа қисмида ва лаббурун учбурчагида жойлашган бўлади. Юздаги жараён бир зумда клетчаткага ўтиб кетади, у ерда олдинги юза вена жойлашган бўлади. Мазкур вена v. Angularis орқали v. Ophthalmicaга уланади, у эса sinus cavernosusга келиб тушади. Инфекцияланган тромбларнинг инфильтрат ёнида жойлашаган веналарадан тарқалиши sinus cavernosusни тромбозига ва йирингли менингига олиб келади. ушбу асоратда ўлим хавфи 80-100%га етади. Энг хавфлиси бу йиринли сиқиб чиқариш, бу тромбларни механик усулда тарқалишига олиб келади. бунда юз шишиши пайдо бўлиб, бемор умумий ахволи ёмонлашишади, тана харорати 40-41 даражагача ошади. Энга мушаклари “қотиб” қолади, кўриш қобиляти бузилади (хиазмани жарохатланиши туфайли). Юз фурункулларида боғлам қўлланилмайди. Фурункулни сиқиб чиқариш қатиян ман этилади. Беморга ётоқ режими тавсия қилиниб, фақат суюқ овқат берилади (гапириш ва чайнаш қатиян ман қилинади). Антибактериал терапия тайинланади.



## КАРБУНКУЛ

**Карбункул** – Ёнма-ён жойлашган бир нечта соч халтачалари ва ёғ безлари қўшилган, ҳамда барча тери ости тўқималарини қамраб олган йирингли жараён.

**Қўзғатувчиси** – тилларанг стафилакокк ёки аралаш стрептококк.

**Этиопатогенез** одатда карбункул билан катта ёшдаги кишилар касалланади улар асосан қандли диабет, авитаминоз, организмни умумий заифланиши кабилар сабаб бўлади. Касаллик 2 жараёнда кечади: инфилтратив ва йирингли.

Фурункулдан сифатли ва миқдорий фарқи шундаки яллиғланиш майдонида тери ва териости ёғ тўқимасини массив некрозланишидир.

**Клиникаси** – тана ҳарорати  $+40^{\circ}\text{C}$  гача ва қаттиқ оғриқ, қизарган шиш, кейинчалик кўкимтир-қизил ранга киради, чуқурлик сатҳи мушак усти пардасигача етиб боради, эт увишиши, беҳузур бўлиш, қайт қилиш, бошнинг қаттиқ оғриши, уйқусизлик, беҳушланиш кабилар.

**Карбункул асоратлари:** тромбофлебит, лимфангит, тромбоз, сепсис ва йирингли менингит.

**Дифдиагностика** – фурункул, куйдирги, яра сифат ҳавfli ўсмадан.

**Давоси** – стационар шароит, дастлабки босқич новокаинли блокадалар, пенциллинли электрофорез, қисқа тўлқинли терапия, оғриқсизлантириш, кенг спектрдаги антибиотиклар ва сульфаниламидлар, витаминотерапия, сўнг жарроҳлик усули, гипертоник эритма, фурацилин, жароҳат қуриб тозалангач протеолитик ферментлар, сўнг Вишневский мази қўйилади. Огир ҳолатларда беморга интенсив антибиотик терапия, антикоагулянтлар, антистафилакоккли гамма-глобулин мускул орасига, антистафилококкли плазма вена ичига қилинади. 2-3 сутка мобайнида консерватив даво самара бермасдан, яллиғланиш некротик жараёни ва умумий интоксикацияни кучайиши оператив давога курсатма ҳисобланади. Ташриҳ стационар шароитда қисқа муддатли наркоз остида амалга оширилади. Бунда некрозланган тўқима энига ва тубигача кесилади. Кўплаб жарроҳлар карбункулда жароҳат марказидан утувчи 2 перпендикуляр кесмани амалга оширади. Ҳосил бўлган 4 та тери лахтаги атрофга тортилади, некрозланган тўқима пинцет ёки қисқич билан ушланиб, юқорига ва ёнга тортилади. Қайчи ёрдамида кесма оралиғига қайчи киритилиб некрозланган ва йиринг шимган тўқималарни тозалаб кесиб олинади. Натижада бўшлиқ кўринишидаги жароҳат дефекти пайдо бўлади. Ҳосил бўлган бўшлиқ перикис ва фурацилин билан ювилади ва ишлов берилади ҳамда гипертоник эритма шимдирилган тампон қўйилади. Ташриҳдан кейинги кунларда жароҳат перикис билан

ишлов берилиб, бўшлиққа протеолитик фермент(трипсин, химотрипсин) шимдирилган тампон қўйилади. Жарохат иккиламчи ҳолатда битади. Жарохат секин аста грануляция билан тўлиб, юлдузсимон чандиқланади. Карбункулни олдини олишда санитар-гигиеник норма ва қоидаларга қатъий амал қилиш керак. Регуляр равишда танани совун билан ювиш, оқликларни ўз вақтида алмаштириш ҳамда организмдаги гиповитаминозга қарши курашиш



## АБСЦЕСС

**Абсцесс** – тўқималарнинг емирилишидан ҳосил бўлган ички грануляцион тўқима (пиоген мембрана) ва ташқи бириктирувчи тўқима бўшлиғидан иборат капсуладаги чегараланган йирингли эксудат.

**Қўзғатувчиси** – стафилакокк ёки стрептококк, ичак таёқчаси, сапрофитлар ёки анаэроб микроорганизмлар.

**Этиопатогенез.** Абсцессни келиб чиқиш сабалари тўқимага йирингли микроорганизмларни тимдаланиш, инекция, жарохат ҳамда асоратланган йиринли касалликлар (ўткир аппендицит, перитонит, пневмония и ва б.) орқали ўтади. Абсцесслар сепсисда гематоген метастазланиш натижасида ҳам келиб чиқиши мумкун.

Абсцессларни хусусияти уни грануляцион тўқимадан иборат ички пиоген қобиғи бўлишидир.

**Клиникаси** – абсцесс соҳасида тўхтаб-тўхтаб тутадиган оғриқ, шиш ва кизариш, тунги оғриқ, абсцесс юза жойлашса флюктуация, лейкоцитар ( $15-20 \times 10^9$ ), формулани чапга силжиши, СОЭ↑.

**Дифдиагностика** – флегмона, гидраденит, гематома, чурра тушиши, аневризма, хавфли ўсма, совуқ абсцесс.

**Давоси** – кенг спектрдаги антибиотиклар ва сульфаниламидлар, пункционли усул, жарроҳлик усули, маҳаллий оғриқсизлантириш ёки в/и наркоз, жарохатни очиш, дренажлаш, резина полоска, найчали дренажлаш. (жадвал-1).

Клиник амалиётда йирингли жарохатга **ультратовуш** билан ишлов бериш қўлланилади. Бунда жарохатга антисептик модда (хлоргексидин ва б.) ёки антибитик (канамицин ва б.) тўлдирилади ва суюқликга ультратовуш генераторининг пастинтенсив сув тўлкини ўтказгичи туширилади. Бундай «ультратовуш тўлкини» бир неча дақиқа давомида микробларнинг яшаш қобилитини пасайтиришга олиб келади ва жарохатларни тозалайди.

Бу усул қўлланилган беморларнинг яримидан кўпида биринчи сеансдан сўнг ультратовуш ёрдамида зарарсизлантирилган жарохатларда бактерияларнинг антисептик моддаларга ва антибиотикларга сезувчанлиги кескин даражада ошади ва йирингли яллиғланиш жараёни тез бартараф бўлади.

Йирингли жарроҳликда **лазертерапия** ҳам кенг қўлланилади. Лазер скальпел ёрдамида йирингли жарохатлар кесиб очилади. Бунда кесма атроф тўқимадаги микробларга бактериоцид таъсир кўрсатади, бу ўз навбатида микробларни соғлом тўқимага диссеминацияланишини олдини олади.





## **ФЛЕГМОНА**

**Флегмона** – тўқималарда хужайралараро бўшлиққа эга бўлган чегараси йўқ тарқалган ўткир йирингли яллиғланиш жараёни.

**Қўзғатувчиси** – стафилакокк ва стрептококк, энтеробактериялар ва анаэроб микроорганизмлар.

**Этиопатогенез** Флегмона мустақил касаллик сифатида ҳамда турли йирингли касалликларини асорати оқибатида келиши мумкун (карбункул, абсцесс, сарамас, остеомиелит, сепсис). Яллиғланган экссудат клетчатка бўйлаб тарқалади.

Экссудат хусусиятига кўра йирингли, йирингли геморрагик ва чириндили шакллари фарқлаш мумкун.

Жойлашиши бўйича: юза ва чуқур. Чуқур жойлашган флегмоналар одатда махсус ном билан аталади (паранефрит, параколит, парапроктит, медиастинитлардир).

**Клиникаси** – оғриқ, эт увишиши, дармонсизлик, ҳарорат  $+40^{\circ}\text{C}$ , шиш, оғриқли инфильтрат, организм интоксикацияси, сепсис, атроф тўқиманинг некрози.

**Дифференциал диагностикаси** – абсцесс, гидраденит, кучайиб борувчи тромбофлебит ва лимфангит, гемоген остеомиелит ва актиномикоз.

**Давоси** – фақат стационар шароитда кенг спектрдаги антибиотиклар ва сульфаниламидлар, жарроҳлик усули, маҳаллий оғриқсизлантириш ёки в/и наркоз, дренажлаш, резина полоска, найчали дренажлаш, контрапертуралар, протеолитик ферментлар, гипербарик оксигенация, гемотрансфузия, витаминотерапия, юрак гликозидлари орқали ўтказилади.



## **АДЕНОФЛЕГМОНА**

*Аденофлегмона* – лимфа тугунини атроф ёғ тўқималарига ўтиши билан кечадиган йирингли жараён.

**Этиопатогенез.** Охирги йиллар мобайнида бўйин аденофлегмонаси билан хасаланидиган касаллар сони ошиб бормоқда. Бунга бошни соч қисмида, оғиз бўшлиғида, димоғ, трахея, ва қизилунгачда инфекция манбаи кўп булиши сабабчидир.

Одатда бўйин флегмонасини кўзғатувчилари стрептококк ва стафилококклардир. Лекин оғиз бўшлиғида йирингли инфекция мавжудлиги асосан уни ўчоғи кариесга учраган тишлар бўлса, чириндили флегмонани келиб чиқишига сабаб бўла олади.

**Клиник манзараси.** Аденофлегмоналар ўзига хос хусусиятга эгадир. Касаллик бошланишида шиш қалин(қаттиқ) баъзида дағал кўринишга, бир оз ҳаракатга эга бўлади. Юзада жойлашган флегмона жағости соҳасини маҳаллий яллиғланиш белгилари куйидагидир:

-чегараланган қизариш, шиш, оғриқ. Чуқур жойлашган жағости флегмоналарида ( оғиз бўшлиғи тубини флегмонаси, Людвиг ангинаси) касаллик кескин бошланади, оғиз бўшлиғи тубини ва жағости соҳасини ишиб кетиши, кескин оғриқ, сўлак оқиши, мускуллар тризми ва нафас олишни қийинлашиши билан намоён бўлади.

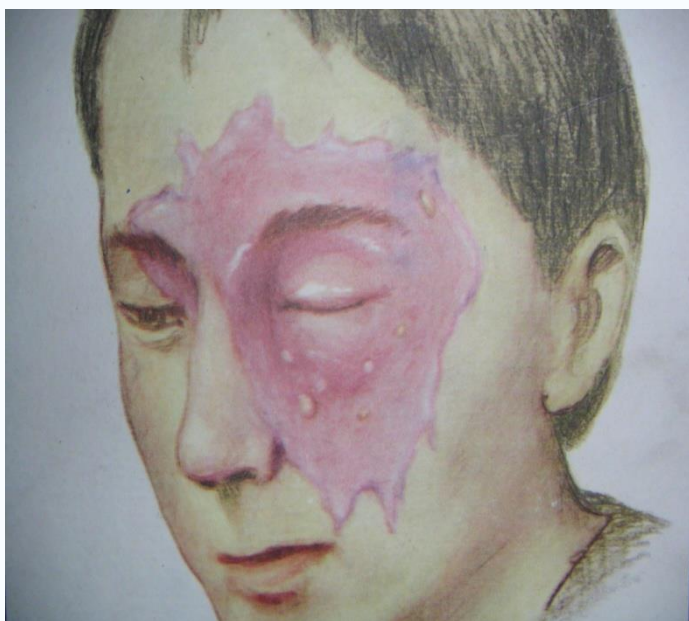
### **Даволаш**

Даволаш асосан ўткир йирингли хирургик инфекцияси билан қарши кураш замонавий усулларида ташкил топиши.

Махаллий совукни қўллаш касалликни эрта босқичларида амалга оширилади. Серозли шиш жараёнида протеолитик ферментларни диодинамофорези қўлланилади .

Йирингли яллиғланиш жараёнида жаррохлик усули қўлланилади. энг кўп кесма жойи флюктуация соҳасига тўғри келиши керак. тўқимани аста секинлик билан қаватма-қават кесиб оolini қон-томирларни жарохатланишини олидини олади.

## САРАМАС



**Сарамас (Рожа)** – ( фр. *rouge* — қизил) (лот. *erysipelas*), ташқи кўринишидан кучайиб борувчи тери шишини катталашиши билан кечувчи қизаришлар ва эпидермис қаватида суюқликка тўла пуфакчалар пайдо бўлиши ва унинг ўткир яллиғланишидир.

**Қўзғатувчиси** – стрептококк А *Streptococcus pyogenes* .

Стрептококклар табиатда кенг тарқалган бўлиб, ташқи муҳит шароитига нисбатан турғундир. Касалликни спорадик ўсиши ёз-куз мавсумларида кузатиш мумкун, инфекцияни кириш дарвозаси терини ифлосланиши ва кичик жарохатлардир.

Инфекцион касалликларни замонавий структурасида сарамасни тарқалиши катта ёшдаги беморлар гуруҳи ичида –ўткир респиратор ва ичак инфекцияларидан, вирусли гепатитлардан кейин 4 ўринни эгаллайди. Қайталанган сарамас касаллиги билан тахминан 1/3 қисмини аёллар ташкил қилади. Касаллик манбаиси бемор ёки бошқа ўзида стрептококк инфекциясини турли шаклини олиб юрувчи шахс бўлиши мумкун. Сарамас касаллигига мойиллик ёки юқори сезувчанлик белгиланади. Баъзи бир беморлар ушбу касаллик билан бир неча бор оғрийди, чунки касалликдан сўнг турғун иммунитет қолмайди. Зарарланиш экзогенн йўли билан амалга ошиши мумкун (тоза бўлмаган инструментлар, боғлов материаллари), ҳамда сурункали стрептококк ўчоғларидан (масалан сурункали тонзиллити бор беморларда). Бу ерда организмнинг стрептококк инфекциясига таъсирчанлиги муҳим рол ўйнади. Стрептококк ва уларни токсинлари сўрилиб, яллиғланиш жараёнига олиб келади, терида шиш авж олади, чегаралари аниқ кўриниб турилган қип-қизарган жойлар (эритема), хужайрали ва тери ости ёғ клетчаткасини инфилтратацияси пайдо бўлади. Бунда қон-томирлар мўртлиги ошиб бориб, нуқтасимон қон қуйилишлар пайдо бўлади. Аввал чиққан жойда касаллик қайталанса терини гемолитик стрептококкга сенсбилизацияси ошган бўлади. Организмни умумий резистентлиги тушиб кетиши ҳамроҳ микрофлорани кўшилилишига олиб келади, ва касалликни прогрессивланиши ва аорати ривожланиши мумкун. Лекин охириги йилларда, бирламчи касалликни ва қайталанган сарамасни қўзғатувчи инфекция стрептококк бўлганлиги ҳисобга олган ҳолда ушбу инфекцияга қарши даволаниш усуллари қўллаш кераклиги аниқланди. Яллиғланиш жараёни танани турли жойида жойлашиши мумкун, лекин кўпроқ у терини юз ва болдир соҳасида ривожланади. Шиллиқ қаватларда сарамас камдан-кам учрайди.

Сарамасни замонавий синфланиши қуйидагидир:

1. Маҳаллий зарарланиш хусусиятига кўра:

- эритематоз;

- эритематоз-буллёз;
- эритематоз-геморрагик;
- буллёз-геморрагик.

## 2. Интоксикация даражасига кўра (оғир кечишига):

- енгил;
- ўрта-оғир;
- оғир.

## 3. Такрорланишига кўра:

- бирламчи;
- қайта;
- рецидив (баъзан ва камдан-кам, эрта ёки кеч).

## 4. Маҳаллий белгиларини тарқалишига кўра:

- локализацияланган;
- тарқалган;
- **блуждающая (ползучая, мигрирующая);**
- метастатик.

**Клиник кўриниши** – юқори ҳарорат, эт увишиши, бош оғриғи, баъзан қайт қилиш, яллиғланган тўқима билан соғлом тўқима ўртасидаги чегара аниқ билиниб туради, нефрит, сепсис, тромбофлебит, касалликни такрорланиши фил оёқ хасталигига олиб келиши мумкин. Жараён сўниб бориши билан йўқолиб кетадиган терида қизарган шиш – эритематоз сарамас ҳосил бўлади. Жараён маҳалида геморагик экссудат билан тўла пуфакчалар пайдо бўлиши – буллёз ёки пуфакли сарамас дейилади. Яллиғланиш жараёнига йирингли инфекция қўшилиб тери некрози пайдо бўлса флегмоноз ёки гангреноз сарамас дейилади.

### **Касаллик кечиши**

Инкубация даври фақат посттравматик сарамасда аниқлаш мумкун, бу ҳолларда у бир неча соатдан 3-5 кунгача давом этади. 90 % ортиқ ҳолатларда у ўткир ривожланади, беморни кун эмас соат мобайнида касалланганлигини билдиришади.

Умумтоксик синдром локал ўзгаришлардан олин келади. тана харорати кўтарилиши совук котиш билан биргаликда, баъзан қалтироқ билан намоён бўлади. Интоксикацияни яққол белгилари аниқланади — бош оғриқлар, бош айланишлар, холсизлик, кунгил айниши, баъзан қусиш билан биргаликда. Оғир ҳолатларда тутқаноқ ва онг ўзгаради. Касаллик бошланишидан 10—20 соат ўтгач маҳаллий белгилар пайдо бўлади. Аввало беморлар чегараланган соҳаларда қичишиш белгиларини кузатишади, сўнг терлиш хисси ва тери тортилади. Кейин мазкур соҳаларда шиш пайдо бўлиб, оғриқ кузатилади, бунда маллий лимфотугунлар ҳам яллиғланиш жараёнига учрайди, айникса (сонни ички юзасида) лимфостоглар ҳосил қилади. Оғриқлар кўпроқ бошни соч қисми сарамасида яққол намоён бўлади. Баъзи ҳолатларда оғриқлар маҳаллий лимфотугунлар мавжуд соҳада кўп кузатилади, оғриқлар ҳаракатда кучаяди. Сўнг тери қизариши (эритема) шиш билан ҳосил бўлади. Зарарланган соҳада чегаралари нотекис, тўқ-қизил рангли доғ-гиперемия, ҳосил бўлади, у “аланга тилчалари” ёки “географик карта” кўринишида тери қалинлашган, шишган бўлади. Ўчоғ ушлаб кўрилганда иссиқ ва оғрикли. Лимфаайланиши бузилганда гиперемия цианотик кўринишда бўлади, дермани лимфовеноз етишмовчилиги ва трофик бузилишида-кўнғир рангда бўлади. Эритема соҳасини бармоқлар билан эзиб кўрилганда қизғиш ранг улар остида 1-2с йўқолади. Эпидермис тортилгандан сўнг эритема порлайди, уни чеккаларида тери бир оз кўтарилади худди периферик инфилтратсион валикка ўхшаб.

Ички органлар томонидан юрак охангларини бўғиқлигини, тахикардия, артериал гипотензияни кузатиш мумкун. Камдан-кам ҳолатларда менингеал симптомлар пайдо бўлиши мумкун.

Иситма харорат чизиғи бўйлаб турли шаклга эга бўлиши мумкун. мазкур ҳолат 5-7 кун ва ундан ортиғроқ кечиши мумкун. Тана харорати пасайганда реконвалесценция даври келади. Маҳаллий белгиларни қайталанаши тана харорати пасайгандан сўнггина намоён бўлиши мумкун: эритемани ранги ўчади, уни чегаралари нотекис бўлади, её границы

становятся нечёткими, периферик инфилтрацион валик йўқолади. Махаллий лимфаденит белгилари шиш билан биргаликда аста секин камаяди. Гиперемия бартараф этилгандан сўнг терида майда мугузли қавжирашлар пайдо бўлади. Сарамасни махаллий белгилари касалликни 10-14 кунда бартараф этилади, тери бир оз шиши ва пигментация узок вақт давомида сақланиб қолади. Баъзи ҳолатларда махаллий лимфаденит ва тери инфилтрацияси узок вақт давомида сақланиб туради, бу эса касаллик эрта қайталаниши хавфи борлигидан далолатдир. Турғун шишни сақланиб туриши-лимфостаз шаклланиши белгисидир. Келтирилган мазкур характеристика эритематоз сарамасга хосдир.

Лекин ўз вақтида даво ўтказилмаган ҳолатларда касаллик тез авж олиб, уни судралиб юрувчи ёки метастатик шаклига ўтади. Бунда септик характерга эга асоратлар келиб чиқади. Жараён терида сарғиш, хира ёки геморрагик экссудат билан тўлапуфакчалар пайдо бўлиши мумкун. бу сарамаснинг пуфакли, ёки буллез турларига хосдир. Пуфаклар улчами майдадан то катта шаклга эга бўлиши мумкун. пуфакчалар қуригандан сўнг қалин қобиғлар пайдо бўлади. Эритематоз-геморрагик шаклларига майда нуқтасимондан то улкан қон қуйилишлар хосдир. Мазкур жараён оғир кечади ва лимфостаз каби асоратларга олиб келади.

Сарамаснинг қайталанувчи шакли юқорида кўрсатилгандей кечади, фақат умумтоксик симптомлар биринчига нисбатан сал сустроқ кечади. Тана ҳарорати 37,5—38,5 С 1-2 кун давомида турғун туради, шишсиз ҳосил бўлган каттакон эритема илгари зарарланган тери устида пайдо бўлади.

Сарамаснинг энг кўп асоратларидан бири бу яралар, некрозлар, абсцесслар, флегмоналар, лимфаайланишини бузилиши-лимфостаз, камдан-кам ҳолатларда — пневмония ва сепсис. Жуда кўп касаллик қайталанганлиги сабабли 10-15% ҳолатларда лимфедема ва фибридема касалликлари ривожланиши мумкун. Фибредема (фил оёқ) узок вақт давом этгандан сўнг гиперкератоз, тери пигментацияси, папилломалар, ярала, экземалар, лимфорея ривожланиши мумкун. Сарамас чақалоқларда ва бир ёшга етган

болаларда жуда хавфли кечади. Чақалоқларда сарамас киндик атрофида жойлашади. 1-2 суткадан кейин жараён пастга оёқларига, белига, ён бош сохаларига ва умумман тана бўйлаб тарқалади. Чақалоқларда асосан тарқалувчи ёки метастатик тури ривожланади. Интоксикация белгилари тез кўтарилиб, иситма ва тутқаноқлар ҳам пайдо бўлиши мумкин. Кўп ҳолатларда сепсис ривожланади. Бир ёшгача етган болаларда кечадиган сармас ҳам шундай хавф келтиради.

**Дифференциал диагностикаси** – тери ости ёғ клетчаткаси флегмонаси, сирт тромбофлебити ва кучайиб борувчи лимфангит, ўткир дерматит.

**Даволаш.**

**Медикаментоз даво.**

Гемолитик стрептококклар ҳозирги вақтда пенициллин антибиотикларига, сульфаниламидларга ва нитрофуранларга юқори сезувчанлигини сақлаб қолган.

эритромицин, олеандомицин, пенициллины (инъекциялари) — катта самарага эга. (масалан : «Ампициллина тригидрат»), clindamycin одатий дозировкаларида 5-7 кун давомида.

Оғиз орқали ичадиган турли хил препаратларнинг комбинацияси жуда самаралидир масалан фуразолидон ва феноксиметилпенициллинларининг .

Даволашни бошлангандан сўнг умумий ҳолат тезда яхшиланади, тана ҳарорати пасаяди. Зарарланиш соҳасидаги чегараланган валикн 1-3 кундан сўнг ранги оқаради ва бартараф қилинади.

Бисептолни (сульфатон) 7-10 кунга тавсия этишади.

Маҳаллий даво сифатида стрептококкли жараёнларда жароҳатли ёки куйиш инфекцияларида юза қисмига энтеросептол тавсия қилишади кукун ёки маз сифатида , масалан эритромицин мази.

Бирвақтни ичида антигистамин препаратлар, ностероидлар яллиғланишга қарши препаратлар, лекин улар бир оз даво самарасини пасайтиради.

Касалликни оғир шаклларида химиотерапия ҳамда витаминлар ва биостимуляторлар (метилурацил, пентоксил, левамизол), плацентали гамма-глобулин, қон ва плазма қуйишлардан қўлланилади .

### **Физиотерапия**

Эритематозли сарамасда физиотерапевтик муолажалар қўлланилади, хусусан ультрафиолет нурлари билан нурлантириш (УФО), у бактерияларга бактериостатик таъсир ўтказди.

### **Хирургик даво.**

Буллез шакли билан хасталанган беморларни даволашда маҳаллий антисептик воситалардан фойдаланилади, масалан фурацилинни 1:5000 эритмаси. А. В. Вишневский малхами , ихтиол мази билан боғлам қўйиш, халқ орасида кенг тарқалган, лекин бу усулларнинг барчаси қарши кўрсатмадир, чунки улар экссудацияни кучайтириб жароҳат битишини сусайтиради. Сарамасда иммунотерапия ишлаб чиқилмади. Қайтарилган сарамасда носпецифик резистентликни ошириш мақсадидан ретаболин м/о 2 мах 50 мг хар 2-3 хафта оралатгач, протидимозанлар қўлланилади. оғиз орқали ичиладиган препаратлардан — метилурацил 2—3 г/суткада, пентоксин 0,8—0,9 г/суткада, витаминлар, ва б.

Қайталанган сарамаснинг физиодавосида (маҳаллий УВЧ, кварц, лазер) тавсия этилади. Ўткир жараёнларда антибактериал терапия билан криотерапия (қисқа муддатга тери юза қисмлари хлорэтин оқими уни оқартиргунга қадар музлатилади) биргаликда қўлланса мақсадга мувофиқдир .

**Олдини олишда** санитар-гигиеник норма ва қоидаларга қатъий амал қилиш керак. Регуляр равишда танани совун билан ювиш, оқликларни уз вақтида алиштириш, узок ва чанг шароитда ишлагандан сунг оёқларни совунлаб ювиш ҳамда организмдаги гиповитаминозга қарши курашиш.

## **ЙИРИНГЛИ ПАРОТИТ**

*Йирингли паротит*- кулоқ олди безининг йирингли яллиғланиши деб айталади.

*Этиопатогенез.* Йирингли паротит оғиз бўшлиғидан сўлак безига микроблар тушиши натижасида келиб чиқади.

Организмнинг химоя вазифаси сусстлашганда ҳамда сўлак ажралиши бузилган сувсизланган катта ташрих ўтказган беморларда ривожланади.

*Клиник кўриниши.* Кулоғ ости беzi атрофида оғриқли хосила пайдо бўлади. Тана харорати кўтарилади, чайнаш жараёни қийинлашади. Шиш бўйин, юз (бүсса) ва жағ ости қисмларига тарқалади.

### **Даволаш**

Паротит шаклига кўра консерватив ёки жаррохлик усули орқали даволанади.

Серозли паротитда консерватив даво орқали соғайиб кетиш мумкун. Йирингли паротитда жаррохлик даво ўтказилиши лозим. Паротитда ташрихлар ўтказиш жуда жиддийдир (п. *Facialis* шохларини жарохатлаш хавфи бор). Жой танланиши, кесма йўналиши ва узунлиги энг катта ахамиятга эгадир. Кесма юз нервини шохларига паралелл равишда кетиши керак. Қаватма-қават тери тери ости ёғ клетчаткасини кулоқ олди беzi капсуласини кесишади. Капсула бир оз кесилгандан сўнг уни бўшлиғига тўмтоқ йўл билан кирилади.

### **Асоратлари:**

- аррозияга учраган қон- томирларидан бемор хаётига хавф соладиган қон кетишлар;
- хиқилдоғолди майдонида флегмонани ривожланиши;
- қон-томир тутами бўйлаб бўйин чуқур флегмоналари ва медиастинитни ривожланиши.

## Мастит



Сут безини яллиғланиши мастит деб аталади, у эмизик аёлларда (90% холатларда) ривожланиши кузатилади, айниқса биринчи тукқан оналарда лактацион мастит деб айтилади. Мастит чақалоқларда ва балоғатга етатган ўспиримларда ҳам учрайди.

Мастит одатда чақирилади:

- Стафилококк инфекцияси билан
- Энтеробактериялар билан

Сут безига инфекцияни кириш йўллари :

- Лимфоген
- Сут каналчалари билан
- Гематоген

Маститда инфекцияни кириш йўллари:

- Кўкрак учи ва ареолани ёрилиши
- Сут бези шикастланиши

Мастит касаллигини ривожланишига қўлай бўлган омиллар:

- сут безида сут топланиб қолиши
  - Антисанитар ҳаёт шароитлари
  - Курак сути билан эмизилган вақтда гигиенага риоя қилмаслик

Маститни клиник шакллари:

- 1. Териости
- 2. Субареоляр мастит
- 3. Интрамаммар мастит
- 4. Ретромаммар мастит
- 5. Панмастит

Маститда яллиғланиш босқичлари :

- 1. босқич (бошланғич) сероз яллиғланиши
- 2. босқич ўткир инфильтратив яллиғланиши
- 3. босқич флегмоноз яллиғланиш
- 4. босқич гангреноз мастит
- 5. сурункали инфильтрация босқичи

Сероз маститни клиник кўриниши:

1. Кескин бошланади
2. Совкотиш
3. Сут беги катталашиб, унда шиш ва қаттиқлик пайдо бўлади
4. Пайпаслаганда оғриқли

Маститни ўткир инфильтратив босқичида клиник кўрниши:

1. Катталашган сут бегида тери усти қизарган қаттиқлик (хосила) аниқлаш мумкун
2. Тунда оғриқлар пайдо бўлади.
3. Уйқусизлик .
4. Умумий қувватсизлик.
5. Тана ҳарорати 40 °Сда

6. Лейкоцитозни ошиб бориши

7. ЭЧТни кўтарилиши.

**Флегмоноз маститни клиник кўриниши:**

- ✓ Умумий ахволни кескин ёмонлашиши
- ✓ Тана харорати то 39-40°C кўтарилиши
- ✓ Қалтироқ , септик белгилар
- ✓ Тил ва лабларни қуриб кетиши
- ✓ Уйқусизлик, бош оғриқлар, иштаха камлиги
- ✓ Сут безини шишиб кетиши
- ✓ Сут бези терисини цианотик тусга кириши
- ✓ Сут безини тери ости веналаринин кескин кенгайиши лимфостаз белгилари билан
- ✓ Сўрғични ичига тортилиши
- ✓ Юқори лейкоцитоз формулани чапга силжиши билан ва ЭЧТни 60-70 мм/с гача кўтарилиши

**Маститни гангреноз шакли:**

Маститни мазкур фазаси тиббий ёрдамга кеч мурожат қилган беморларда ёки сут бези қон-томирларида тромбоз белгилари хисобига кузатилади. Бу касаллик фазасида беморлар ўта оғир ҳолатда келади.

**Сурункали инфилтратив маститни клиник кўриниши**

Ушбу фаза камдан-кам учрайди. У кўп вақт мобайнида антибиотиклар қабул қилиш хисобига келиб чиқади бунда жараён сурункали ҳолатга ўтади. Беморни умумий ҳолати қониқарли, тана харорати субфебрил. Сут безида жуда қаттиқ, кам оғриқсиз, терига япишмаган инфилтрат ҳосил бўлади.

## **Панариций**

Бармоқ тўқималарини йирингли яллиғланиши панариций деб аталади, уни қозғатувчиси одатда стафилококк, баъзан эса стрептококklar хисобланади кўп ҳолатларда аралаш микрофлора учрайди.

### **Синфланиши**

#### **Бармокнинг йирингли касалликлари:**

*Юза шакллари:*

Тери панарицийси;

Тирноқ атрофи панарицийси (паронихия);

Тирноқ ости панарицийси;

Тери ости панарицийси;

*Чуқур шакллари:*

Суяк панарицийси;

Бўғим панарицийси;

Пай панарицийси (тендовагинит);

Пандактилит;

Бармоқ юзасини фурункули ёки карбункули.

#### **Панарицийда йирингни жойланиши**



### Клиник кўриниши:

Қаттиқ оғриқ

Тери гиперемияси

Бармоқ фаолиятини бузилиши:

Бармоқ ярим букланган уни тикалаш кескин оғриқ кузатилади

### Тери панарицийси

**Тери панарицийси** – тери ичи абсцесси бўлиб, эпидермисни ости қаватидаги чегараланган йирингли жараёнга айтилади. Одатда бармоқни ички юза томонида жойлашади.

### Тери панарицийсини жаррохлик усулида даволанади :

*Даволаш:* оғриқсизлантиришсиз, чириган эпидермис қаватини қийиб кенгайтирилади, қирғоғидан пинцет ёрдамида кўтариб атроф тўқимадан йирингни чиқариб юборилади. Марлили шарик билан қуритилиб, ички юзасида оқма йўл бор ёки йўқлигига эътибор берилади. Фурацилин ёки

асептик боғлам билан беркитилади. Жароҳат юзаси 4-5 кунда эпителизацияга учрайди.

### **Тери ости панарицийсини клиник кўриниши**

- Лоқилловчи оғрик
- Бармоқ ишиб кетиши
- Бармоқ харакати чегараланиши
- Тана харорати кўтарилиши

### **Тери ости панарицийсини даволаниши**

тирноқни дистал қисмида жойлашган бўлса, Лукашевич бўйича оғриқсизлантириб, тирноқ пластинкасини дистал қисмидан кесилиб некротик тўқима ва йирингдан тозаланади. Агарда проксимал қисмида жойлашган бўлса унда Канавелла операцияси амалга оширилади. Тирноқ остини ҳамма юзасида жойлашган бўлса, унда Лукашевич бўйича оғриқсизлантириб, тирноқ пластинкасини дистал қисмидан юмшоқ қисқич билан ушланиб, тирноқ тўлалигича олиб ташланади.

### **Суяк панарицийси**

**Суяк панарицийси** – йирингли жараённи юмшоқ тўқималардан суякка ўтиши туфайли ёки тери ости панарицийси операциясидан кейинги даври чўзиб юборилгандан сўнг кўпинча иккиламчи касаллик сифатида ривожланади. Бирламчи панарицийлар суяк ва суяк усти пардасига инфекцияланган сайилган жароҳатлардан сўнг ривожланади. Суяк панарицийсини эртанги диагностикаси қийин кечади, сабаби даво чораларини ўз вақтида олиб борилмаганлигидир, Суякдаги деструктив ўзгаришлар 2 ҳафтадан сўнг ва остеомиелитдан сўнг кечроқ рўёбга чиқиш мумкин. Тери ости панарицийси 1,5 ҳафта ичида даволаниб кетмаса унда суяк панарицийсини келиб чиқишига асос бўлади.

### **Суяк панарицийсини клиник кўриниши**

- Суяк панарицийсини эрта босқичини белгилари тери ости панарицийсига ўхшаб факт бир оз кескинроқ ўтади.

- Тирноқ фалангасини колбасимон қалинлашиши.
- Бармоқ пайпасланганда кескин оғриқ бўлиши.
- Тугмасимон зонд билан текширилганда оғриқ бўлиши.
- Тана харорати 39-40°Сгача кўтарилади.
- Касалликни 10-14 кунига суяк деструкциясини рентген орқали аниқлаш.

### **Суяк панарийцисини даволаниши**

- эрта босқичида бармоқ иммобилизацияси билан антибиотиклар билан даволаш.

**Агар 2 кун давомида консерватив даво фойда бермаса, жаррохлик давога ўтилади.**

- Касалликни эрта босқичларида оператив даво юмшоқ тўқималарни очиш ва некрозланган клетчаткани олиб ташлаш билан кифояланади.
- Катта секвесторлар мавжуд бўлса уларни бартараф этиш керак.

**Бўғим панарийциси-фалангалар аро ва кафт-фалангалар бўғимини йирингли яллиғланиши дейилади.**

**Бўғим панарицийсини клиник кўриниши:**

- Доимий оғриқ бўлиши
- Бармоғ шакли ғалвирсимон бўлиши
- Тери гиперемияси
- Бўғимни ноодатий ҳаракати
- крепитация

**Бўғим панарицийсини даволаниши:**

- ✓ Артротомия
- ✓ Фалангалар аро бирикмани резекцияси
- ✓ Оғир ҳолатларда бармоқ ампутациясини қилиш кеар бўлади.

## **Пай панарицийси**

Пай қинига бевосита микроорганизмларнин тушишига ёки йирингли панарийцида яллиғланиш жараёнидан келиб чиқиш пай панарийциси деб аталади. Касаллик оғир кечиши туфайли узоқ вақт кафт фаолияти бузилади.

### **Пай панарицийсини клиник кўриниши:**

Бармоқ ишиб кетади

Бармоқ букланган ҳолатда бўлади

Фаол ҳаракатларни чегараланиши

Бармоқни эгиштиришга ҳаракат қилганда кескин оғриқлар пайдо бўлиши

Дармонсизлик

Бош оғриқлар

Тана ҳароратини кўтарилиши

### **Пай панарицийсини даволаниши**

оғриқсизлантириш - суяк ичи регионар анестезия қўлланилади. II-, III- ва IV- бармоқлар панарицийсида фалангаларни букилиш қисмигача етмасдан бармоқларни олдинги ён қирғоқларигача бўйлама кесилади. Пай қинларидаги айлана бойламларига ва пайга зарар етказмаслик учун бўйлама кесилади. Худди шундай бармоқни орқа қарама-қарши томондан ҳам иккинчи кесма кесилади. Синовиал қин фурацилин билан ювилиб, антибиотик киритилади. Бармоқ боғланиб гипсли лонгета қўйилади, сўнг яна боғланади. Йиринг тозалангунча ювиш кунда давом эттирилади. Жароҳат соҳа тозалангандан сўнг айниқса бармоқларни букиладиган соҳасидаги синовиал қинни қарама-қарши томонига қўшиб фиксация қилинади.

## **Паронихия**

-тирноқ болишидан инфекция тушиб йирингли яллигланиши жараёнига айтилади. (маникюрдан, игнадан, лат ейишдан, зиралардан сўнг) паронихия икки курунишда булади. биринчиси субэпидермал соҳада иккинчиси тирноқ болишчаси остини йирингли яллигланиши.

**Клиникаси:** тирноқ болиши остидаги жойлашувида – оғрик, тирноқ болишчалари шишган, гиперемия кузатилади.

### **Паронихияни даволаниши:**

Биринчи кунларда консерватив даво ўтказиш самаралидир: ванночкалар қўллаш, спиртли компресслар, тўқималарни антибиотиклар билан ювиш.

**Агар даво самарасиз бўлса жаррохлик йўлига ўтилади.**

## **Пандактилит**

Бармоқни ҳамма тўқимасига йирингли жааённи тарқалиши: тери, тери ости ёғ қатлами, пай, бўғин, суяк-пандактилит деб аталади. Одатда пай, суяк ва бўғим панарийцисини нотўғри даволанишидан келиб чиқади. Бу жараёнда кўп оқма яралар хосил бўлиб улардан некрозлашган клетчатка суяк секвестерлари ва ўлган пай қолдиқлари оқиб чиқади. **Бармоқ нотўғри нуқсонли шаклига киради. У хажман катталашиб, шишиб, тери цианотик тусда бўлади ва ҳаракати чегараланади.**

### **Даволаш**

Стационар шароитда оператив даво қўлланилади. Агарда дренажли даволаш антибиотиклар, протеолитик ферментлар фойда бермаса унда кўпроқ экзартикуляция ва ампутация қўлланилади.

## **Кафт флегмонаси**

Тери ости ёғ қатламидан кафт апоневрозигача бўлган йирингли яллиғланиш юзаки флегмоналарга киради. Кафт апоневрози остидан бошланиши ички флегмоналарга киради.

- Комиссурал флегмона (қадок абсцесси, намин)
- Кафт юзасининг тери ости флегмонаси
- Кафт юзасидаги апоневроз ости флегмонаси
- Кафт юзасининг флегмонаси ёки карбункули

*Чуқур шакллари:*

- Кафт ўртанги бўшлиғининг флегмонаси (пай усти ва ости, апоневротик усти ва ости)
  - Кесиб ўтувчи (U – симон) флегмона
  - Тенар қисмининг мушаклараро флегмонаси
- Гипотенар қисмининг мушаклараро флегмонаси.

## **ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР**

1. Беморда стационарга келишидан 5 кун аввал бўйнини орқа юзасида шиш пайдо бўлди, у каттайиб оғриқ чақирди. Конуссимон хосилани марказида бир оз йирингли ажралма билан бир қанча перфоратив тешиклар бор.

Сизнинг ташхисингиз ва даволаш усулингиз?

2. Бемор 24 ёшда тиш экстракцисидан сўнг 1 сутка ўтгач, қалтироқ, тана харорати кўтарилиши 38,9 о С, паски жағ ва бўйин соҳасида оғриқлар пайдо бўлди. Кўрилганда бўйнини чап ярими шишган, териси қизарган, пастки жағ бўйлаб пастга қараб инфильтрация кетяпти. Лейкоцитоз, нейтрофилез.

Беморда қандай асорат кузатиляпти ва у қандай асоратларга олиб келиши мумкун ? беморга қандай даво усулини ўтказиш мумкун?

3. Бемор Н ., 30 ёш, ўнг елка камарини учдан ўрта қимида фурункул пайдо бўлган. Касалликни 4 кунда ўнг елка камарида кескин оғриқлар кузатилиб, тана харората 39 С кўтарилди, гиперемия тирсак бўғимигача тарқалди.

Беморда қандай асорат кузатияпти ? инфекцияни тарқалиш йўллари айтилган? Даволаш режасини тузинг.

4.Қуйида келтирилган касалликларда антибактериал давои танланг:

1.Сон суягини ўткир гематоген остеомиелит . При вскрытии остеомиелитик флегмона очилганда суюқ, хидсиз оқиб рангли йиринг олинган.

2. Сонни кенг шаклидаги флегмонаси. Бемор оғир ахволда. Тана ҳарорати 39.2 С да. Флегмонани жаррохлик ишловида жигаррангли суюқ йиринг эвакуация қилинган. Некрозланган клетчатка, фасция ва бир оз мускул тўқима кесиб олинган. Кесиб олинган материал бадбўй хид таратяпти.

5. Бир ўспиримда лабини тепа қисмидан ўнг юз қисмига ўтиб кетадиган яққол намоён бўлган шиш пайдо бўлган. Лаб териси айниқса ўнг томондан қизарган. Худди шу ерда марказида некротик узаги бор оғриқли инфильтрат бор. Тана ҳарорати 38 о С.

Беморда қанда касаллик кузатиляпти? Беморга қандай давои тавсия қиласиз? Беморни амбулатор шароитда даволаш мумкунми ? Фурункулни айнан шу жойда жойлашиши қандай асоратларга олиб келади ?

6. Бемор 22 ёшда кучли бош оғриғи, тана ҳароратини кутарилиши, терлаш, совқотиш кузатиляпти.

Кўрилганда : бемор беҳуш, тери қопламлари оқиб рангда, кескин тахикарди 1 дақ.140 зарба АБ 90/60 мм с.у. Мазкур ҳолатгача бир неча соат олдин бемор тепа лаб қисмидаги фурункулни эзиб сикворгани аниқ бўлган бўлса, бемор қандай ҳолат кузатиляпти ? Сиз қандай давои тавия этасиз.

## ТЕСТЛАР

### ЎТКИР ЙИРИНГЛИ НОСПЕЦИФИК ИНФЕКЦИЯ

1. Юмшоқ тўқималарни ўткир йирингли касалликларида хирургик ишловлар турини санаб чиқинг:

1. Йирингли жарохатни очиш ва дренажлаш. \* 2. Йирингли жарохатни кесиб ташлаш.\* 3. Ампутация.\* 4. Некрэктомия.\* 5. Антисептиklar кўллаш. 6. Рентгентерапия. 7. Бирламчи хирургик ишлов.

**2. Йирингли инфекцияни умумий номикроб этиологик омилларига куйидагилар киради: а)бемор ёши; б) қандли диабет; в) гормонал препаратларни қабул қилиш; г) самарасиз гемостаз; д)электокоагуляция ва элетрохирургия. Жавобларни тўғри комбинациясини танланг:**

1)а,б

2)а,б,в\*

3)в,г,д

4)г,д

5) хаммаси тўғри.

**3. Ўткир йирингли инфекцияни маҳаллий номикроб омилларига кйидагилар киради: а) хирургик ишловни травматик усулда бажарилиши; б)Электрокоагуляция ва электрохирургия; в) кўп сонли лигатура қўйиш; г) сўрилмайдиган материал ишлатиш; д) самарасиз гемостаз; е) жаррохлик ишловини узоқ давом этиши. Жавобларни тўғри комбинациясини танланг:**

1) а,б,в

2) в,г,д

3) г,д,е

4) а,в,д

5) хаммаси тўғри. \*

**4) Бактериал–токсик карахтликни асосий белгилари: а) тана хароратини кўтарилиши; б)брадикардия; в) совуқ қотиш; г) қон босимини тушиб кетиши; д) олигурия. Жавобларни тўғри комбинациясини танланг:**

1) в,в,г,д

2) а,б,в,д

3)б,в,г,д

4) а,в,г

5) хаммаси тўғри

**5) Сарамас касалигини ривожланиш шаклига куйидагилар киради: а) эритематоз; б) буллез; в)катарал; г) флегмоноз; д) некротик; е) гангреноз шакллари. Жавобларни тўғри комбинациясини танланг:**

1) а,б,д,е\*

2) а,б,г,д\*

3)б,в,г,е

4) в,г,д,е

5) хаммаси тўғри

**6) Фурункулда қандай элементларни таркиби жарохатланади? А) соч фолликули; б) ёғ бези (сальная железа); в) мускуллар; г)тери бези; д) тери ости ёғ клетчаткаси. Жавобларни тўғри комбинациясини танланг:**

1)а,б,г

2) а,б,д\*

3) а,г,д

4) а,в,д

5) хаммаси тўғри.

**7) Йирингли инфекцияни маҳаллий давосини санаб чиқинг:**

1. Йирингли бўшлиқни антисептиклар билан ювиш.\*
2. Протеолитик ферментларни қўллаш.\*
3. Физиотерапия.\*
4. Йирингли жароҳатни адекват дренажлаш.\*
5. Иммунотерапия.
6. Антибактериал терапия.
7. Дезинтоксикацион терапия.

**8) Қуйида келтирилган қайси касалликлар йирингли инфекция билан асоратланади**

- А. Ёмон сифатли ўсма. Б. Қандли диабет.\*
- В. Юрак нуқсони. Г. Сурункали буйрак етишмовчилиги.

**9) Фурункул тўғри терминология беринг :**

- А. Фурункул – бу ёғбезини яллиғланиши.
- Б. Фурункул – бу тери безини яллиғланиши.
- В. Фурункул – бир нечта соч фолликулаларини яллиғланиши.
- Г. Фурункул - соч фолликулаларини , тери ёғ безининг ва атроф ёғ тўқималарининг йирингли яллиғланишидир.\*
- Д. Фурункул - соч фолликулаларини , тери безининг ва атроф тўқималарининг йирингли яллиғланишидир

**10. Қуйида келтирилган қайси микроболарни тури фурункулни ривожланишига олиб келади:**

А. Гонококк. Б. Стафилококк.\* В. Стрептококк. Г.Кўк йирингли таёқча. Д. Ичак таёқчаси. Ж. Протей.

**11. Фурункулни энг хавфли локализациясини белгиланг:**

- А. Юзни тепа қисми.\* Б. Юзни паст қисми.  
В. Юқори конечности. Г. Пастки конечности.  
Д. Кўкрак қафаси . Ж. Тана. З. Ён бош сохалар.

**12. Юзни тепа қисми фурункуллари қайси асорат билан хавфлидир:**

- 1.Тонзиллит ривожланиши. 2. Йирингли менингитни ривожланиши.\*  
3. Каверноз синусини тромбози билан\*. 4. Юз ишиб кетиши. 5. Паротит ривожланиши билан.

**13. Юз фурункулида асоратларини келиб чиқишига қайси анатомик хосилалар сабаб бўла олади:**

1. Инфекцияни тарқалишини олдини оладиган юз веналарини клапанларини мавжуд бўлмаслиги.\*  
2. Юз веналарини мия қаттиқ пардасини синуслари билан бир билан боғлиқ бўлиши.\*  
3. Яққол намоён бўлмаган териости ёғ клетчаткаси.

**14. фурукулез касаллигини келтириб чиқарувчи омилларни белгиланг:**

1. Тери ва тери ости клетчаткасини шикастланишлари. 2. Авитаминоз.\*  
3. Эндокрин патология.\* 4. Совуқ натижасида клиб чиқадиган шикастланишлар.

**15. Фурункул асоратларини белгиланг:**

1. Лимфангит.\*    2. Парапроктит.    3. Ўсиб боровчи тромбофлебит.\*
4. Фурункулни абсцессланиши.\*    5. Сепсис.\*
6. Лимфаденит.\*    7. Медиастенит.

**16. Куйида келтирилган қайси ибора фурункулезга талукли**

- А. Иммуниетет статусини емириб келувчи сурункали жараён.\*
- Б. Ўткир йирингли жараёнга.
- В. Асептик жараёнга.

**17. Фурункулда қайси тадбирлир қатиян ман қилинади:**

1. Йирингни сиқиб чиқариш.\*    2. Йирингни очиш.    3. Махаллий куруқ иссиқлик қўллаш.
4. Йиринг бор жойда терини уқалаш..\*

**18. Юза веналарини тромбофлебитига куйидагилар киради:**

1. **Отек конечности.\***    2. Веналар бўйлаб тромбларни хосил бўлиши .\*
3. Тана харорати 37-37,5 градусга кўтарилиши.\*    4. Оқсоқланиш.
5. Лимфангит.

**19 "Флюктуации"симптоми куйида келтирганлардан қайси бирида учрайди:**

- А. Флегмоналарда.    Б. Фурункулларда.    В. Абсцессларда.\*
- Г. Лимфангитда    Д. Сарамаснинг эритематоз шаклида.

**20. Асоратланмаган фурункулни маҳаллий даво компонентларини танланг:**

1. 70% спирт билан артиш.\*      2. Массаж.      3. Йирингни очиш ва дренажлаш.      4. Қуруқ иссиқ.\*      5. УВЧ-терапия.\*

**21. Абсцесланган юз фурункулларини давоси куйидагилардан иборат:**

1. Албатта жаррохлик бўлимига ётқизиш .\*
2. Антибактериал терапия.\*
3. Дезинтоксикацион терапия.\*
4. Фурукулни очиш ва дренажлаш.\*
5. Фурукула пункцияси .      6. Компресслар.      7. Массаж.

**22. Карбункулга характеристика беринг:**

А. Карбункул-ёнма-ён жойлашган бир нечта соч халтачалари ва ёғ безлари қўшилган, ҳамда барча тери ости тўқималарини қамраб олган йирингли жараён. \*

Б. Карбункул- ёғ безлари ва тери ости клетчаткасини ўтқир йирингли.

В. Карбункул – тери безларини ўтқир йирингли яллиғланиши тери ва тери ости клетчаткасини некрози билан.

Г. Карбункул - соч фолликулаларини , тери ёғ безининг ва атроф ёғ тўқималарининг йирингли некротик яллиғланишидир.

**23. Йирингни очгандан сўнг нима қилмаслик керак?**

А. Бўшлиқга гипертоник эритмага мончилган докали турундани қўйиш.

Б. Бўшлиқга спиртга мончилган докали турундани қўйиш.

В. . Бўшлиқга протеолитик ферментлар мончилган докали турундани қўйиш\*.

Г. Дренаж қўйиш.

**24. Карбукул энг кўп учрайдиган жойларни кўрсатинг:**

1. Бўйин орқа юзаси.\* 2. Энса.\* 3. Юқори ва пастки лаблар. 4. Танани орқа қисми.\* 5. Товон сохаси. 6.Думба сохаси.

**25.карбункулни маҳаллий симптомини кўрсатинг:**

А. "олмали желе" симптоми. Б. "Элак" симптоми.\*

В. Флюктуация симптоми . Г. Крепитация симптоми .

**26. Карбункулни куйдирги карбункулидан қандай фарқлаш мумкун:**

1. Йирингли ажралма чиқишидан.\* 2. Қора рангли некроз бўлмаслигидан.\*  
3. Инфильтрат борлигидан. 4.Оғриқсиз инфильтрат борлигидан.

**27. Карбункул асоратларини кўрсатинг:**

2. Парапроктит. 3. Прогрессив тромбофлебит.\* 4. Сепсис.\* 5. Лимфаденит.\* 6. Медиастенит.

**28. Қайси гуруҳдаги беморларда карбункуллар учрайди:**

А. Ветеринарларда . Б. Қандли диабет билан хасталанган беморларда.\*

В. Ўтинчиларда. Г. Болаларда. Д. Хомиладораларда.

**29. Карбункулда жаррохлик даво ўтказишда кўрсатмаларни танланг:**

1. Карбункулни жаррохлик йўл билан даволаш доим кўрсатма бўлиб келган .  
2. Юз сохасида жойлашган бўлса.  
3. 2-3 кун давомида ўтказилган консерватив даво самарасиз бўлса.\*  
4. Интоксикация белгилари кучайганда .\*

**30. Яллиғланиш инфилтрати мавжудлигида қандай даво чоралари қўлланилади:**

1. Инфилтратни кесиш. 2. Инфилтратни кесиб олиб ташлаш.
3. Физиотерапевтик муолажаларни тавсия этиш.\* 4. Массаж.
5. тана хароратини тушурувчи препаратларни қўллаш\*.

**31. Юз карбункули қандай кесма ёрдамида очилади ?**

- А. Чизигли .\* Б. Овалсимон. В. Камонсимон .
- Г. **Крестсимон.** Д. Контрапертурали.

**32. Карбункулни жаррохлик йули билан даволаганда куйидагиларни ташкил этади:**

- А. Карбункулни крестимон кесиб некрэктомияни бажариш.
- Б. Карбункулни крестимон кесиб некрэктомияни бажариш ва йирингли жароҳатни дренажлаш.\*
- В. Карбункулни фақат крестимон кесиш.
- Г. Фақат некрэктомияни бажариш.

**33. Флегмона деб:**

1. Ўткир йирингли маститни атаймиз.
2. Жигарни ўткир йирингли касалликлари
3. Мускуларо бўшлиғини ўткир йирингли жараёни .\*
4. Медиастениумни ўткир йирингли жараёни .\*
5. Қорин орқа бўшлиғини ўткир йирингли жараёни.

**34. Гидраденитга лойиқ терминни аниқланг :**

- А. Гидраденит – бу апокрин безларини йирингли яллиғланиши.\*
- Б. Гидраденит: - бу голокрин безларини йирингли яллиғланиши.
- В. Гидраденит - бу ёғ безларини йирингли яллиғланиши.
- Г. Гидраденит - бу лимфа тугунларини йирингли яллиғланиши.
- Д. Гидраденит - бу соч фолликулларини йирингли яллиғланиши.

**35. Гидраденитни энг кўп қўзғатувчиси деб:**

- А. Тилларанг стафилококк.\*    Б. Ичак таёқчаси.
- В. Протей.    Г. Кўк йиринг таёқчаси.    Д.Стрептококк.

**36. Гидраденит одатда.....жойлашади :**

- 1. Қўлтиқ соҳасида .\*
- 2. Жинсий ва перианал соҳаларда.\*
- 3. Аёлларда субареоляр соҳада.
- 4. Киндик соҳасида.
- 5. В области ягодичной складки.
- 6. Елкада.

**37. Гидраденитга жаррохлик йўли билан даволаш учун кўрсатмаларни санаб ўтинг:**

- 1. Абсцессланиш.\*    2. Атроф тўқималарни флегмонаси .\*
- 3. Регионар лимфотугунлар билан ёпишиб кетиши.

**38. Гидраденитни бўлиши мумкун бўлган асоратларини санаб ўтинг:**

- 1. Лимфангит.\*    2. Флегмона.\*    3. Парапроктит.    4. Прогрессив тромбофлебит.\*    5. Сепсис.\*    6. Лимфаденит.\*    7. Медиастенит.

**39. Гидраденитни фурункулдан клиник фарқлари қандай бўлади:**

1. Некротик ўзакни йўқлиги.\*    2. Фолликуляр пустулани йўқлиги.\*
3. Некротик ўзакни борлиги.    4. Локализацияси.

**40. Қайталанган гидроаденитда қандай иммуотроп препаратлар қўлланилади:**

1. Стафилококкли анатоксин.\*    2. Колипротейинли бактериофаг.    3. Антистафилококкли иммуноглобулин.\*    4. Тимолин.\*    5. Тимоген.\*    6. Декарис.\*    7. Метилурацил.\*

**41. Гидраденитни давоси куйидагилардан иборат:**

1. Йирингни очиш ва дренажлаш.\*
2. Гидраденит соҳасида соч толаларини қириб ташлаш \*.
3. Массаж.    4. Физиодаво.\*
5. Йиринг атрофидаги терини антисептиклар билан ювиш.\*
6. Антибактериал терапия.\*    7. Иммунокоррекция.\*
8. Компресслар.

**42. Танани қайси соҳасида гидраденит учрамайди:**

1. Қўлтиқ соҳасида.
2. Қўлни кафт соҳасида.\*
3. Товонни ички юзасида.\*
4. Перианал соҳада.    5. Елкаларда (орқада).\*

**43. Куйида келтирилган қайси касаллилар эрта ёшдаги болаларда учрамайди**

- А. Фурункул.    Б. Карбункул.    В. Гидраденит.\*
- Г. Флегмона.    Д. Абсцесс.

#### **44. Абсцесга характеристика беринг :**

- А. Абсцесс – турли тўқима ва органларда йирингли чегараланган тўплами.\*
- Б. Абсцесс - турли тўқима ва органларда йирингли чегараланмаган тўплами.
- В. Абсцесс - . тери ости ёғ клетчакасини йирингли чегараланган тўплами.
- Г. Абсцесс - тўғри ичак атрофидагт клетчаткани яллиғланиши.

#### **45.Абсцесс хосил бўлиши мумкун жойларни кўрсатинг:**

- 1. Юмшоқ тўқималар .\*    2. Мия .\*    3. Жигар .\*    4. Талок .\*
- 5. Ўпкалар .\*    6. Плевра бўшлиғи.    7. Бўғим бўшлиғи .

#### **46. Сарамаснинг флегмоноз ва некротик турларида консерватив даводан ташқари яна нима ўтказилади?**

- 1. Йирингни очиш ва дренажлаш. \*
- 2. Некрэктомия. \*
- 3. Қўл ва оёқ ампутацияси.

#### **47. Пиогенн мембрана деб**

А.тўқималарни некрозлашган сохасини. Б. Ўлган лейкоциталарни қаватини, грануляция ва фибриноз **наложений**. В.ўзгариб бўлмас тўқималарга айланган бириктиручи тўқимадан иборат хосилани. Г. йиринг ишлаб чиқарадиган абсцесс қобиғини .\*

#### **48. абсцесс келиб чиқиш сабаларини танланг:**

- 1. Экзогенн инфекция.\*    2. Эндогенн инфекция.\*    3. Метастатик инфекция.\*    4. Тўқималарга концентрирланган эритмаларни юбориш.\*    5. Термик шикатланиш.    6. Рентгеннурлари билан нурланиш.

**49. Абсцессни бўлиши мумкун бўлган яқунларини санаб ўтинг:**

1. Сепсис.\* 2. Бўшлиқ облитерацияси билан йиринг очилиши.\*
3. Тўқималар регенерацияси билан бўшлиқни сўрилиб кетиши 4. Организм ичига ёрилиб ўтиши.\* 5. **Прорыв в полые органы.\***

**50. Юзаки жойлашган абсцессларни асосий маҳаллий клиник белгиларини санаб ўтинг:**

1. Гиперемия.\* 2. Шиш .\* 3. Оғриқ .\* 4. Гипертермия.\* 5. Флюктуация.\* 6. Яралар пайдо бўлиши

**51. Абсцессга гумон қилинганда биринчи навбатда нима қилиш керак**

- А. Тўқималарни кесиб қўйиш      Б. Семиз игна билан пункция қилиш .\*  
В. Ингичка игна билан пункция қилиш . Г. Иссиқ компресс қўйиш. Д. Физиодаво ўтказиш.

**52. Абсцесс инфильтрадан қандай фарқланади?**

- А. Оғриқ билан. Б. Гиперемия билан. В. Флюктуация билан.\*  
Г. Гипертермия билан. Д. Лейкоцитоз билан.

**53. Абсцессларни даволашда оптимал усулларни танланг:**

1. Кенг таъсир доирасига эга юқори дозадаги антибиотиклар билан консерватив даво.
2. Абсцессни (иложи бўлса) капсуласи билан кесиб олиш .\*
3. Бўшлиқни қайта-қайта пункция қилиб ювиш.
4. Абсцессни очиш ва аспирацион-ирригацион усули билан олиб бориш .\*
5. Йиринг эвакуацияси билан троакар дренажлаш ва уни эритмалар билан ювиш.\*

**54. Абсцесс очишда кесмани ўлчами куйидаги бўлиши керак :**

1. Тери бурмаларини йўналишига мос келиши керак .\*
2. Бўғим букилиш чизиғига параллел равишда ўтиш керак . \*

3. Йиринг оқимини яхшилаб бериш керак.\*
4. Бўғим букилиш чизиғига перпендикуляр равишда ўтиш керак
5. Тери бурмаларига перпендикуляр равишда ўтиши керак .

#### **55. Контрапертурали кесма – бу**

- А. Йиринг бўшлиғини адекват дрезлаш учун қўшимча кесма бўлиши.\*
- Б. Тўқималарни ишиғини қайтариш учун юмшоқ тўқималарни кесиш.
- В. Некрозлашган тўқималарни кесиб олиб ташлаш.
- Г. Некрэктомия.

#### **56. Қайси касалликда “совук” абсцесс ривожланиши мумкун:**

- А. Остеомиелит. Б. Актиномикоз. В. Фурункулез.
- Г. Суяк силида .\* Д. Пандактилит.

#### **57. Флегмонага тариф беринг**

- А. Флегмона – бу чегараланишга мойил бўлмаган ёғ клетчаткасини ўткир йирингли яллиғланиши.\*
- Б. Флегмона - бу тўқималар ва аъзоларда йирингни чегараланган тўпланиши.
- В. Флегмона - бу чегараланишга мойил бўлмаган терини ўткир йирингли яллиғланиши.

#### **58. Флегмонани жойлашиши мумкун бўлмаган шакллари келтиринг:**

1. Мускуллар аро . 2. Териости . 3. Қорин парда ортида. 4. Фасциал.\*
5. Пай сохаларида .\*

#### **59. Гидраденит бу-**

- А. Тер безларини ўткир йирингли яллиғланиши .\*
- Б. Қўлтиғ сохадаги ёғ безларини йирингли яллиғланиши.

Г. Қўлтиғ сохадаги лимфатик безларини йирингли яллиғланиши .

**60. Лимфатик тугунидан яллиғланиш жараёни ўтган флегмона қандай номланади?**

А. Медиастенит. Б. Парапроктит. В. Паранефрит.

Г. Параколит. Д. Аденофлегмона.\*

**61. Флегмонага хос хусусиятларни белгиланг:**

1. Ёғ клетчаткасини зарарлайди.\*
2. Пиоген мембранаси йўқ.\*
3. Экссудат тўқималарни шимдириб, эритиб ва расслаивает.\*
4. Тўқималар некрозига олиб келмайди
5. Йирингни спонтан оқишига олиб келади.

**62. Экссудат хусусиятига кўра флегмона турларини аниқланг:**

1. Сероз.\*
2. Йирингли .\*
3. Йирингли- геморрагик.\*
4. Некроз.\*
5. Анаэроб.\*
6. Инфильтратив.
7. **Деревянистую.**
8. Буллез.

**63. Флегмонани қайси турларида тўқималарни йиринглаши уларни некрозидан устун туради.**

А. анаэроб инфекция бўлган ҳолатларида. Б. Стафилококк инфекциялари бўлган ҳолатларида.\* В. Жароҳатга дифтерия инфекцияси тушган вақтларда.

**64. Тери ости клетчаткасини флегмонасида тезкор жаррохлик аралашмаси ўтказилиши керак бўлган белгисини аниқланг:**

А. тана хароратини кўтарилиши. Б. Совқатиш. В. Қон формуласини чапга силжиши. Г. Кескин намоён бўлган лейкоцитоз. Д. Кескин намоён бўлган шиш. Ж. Флегмона соҳасидаги флюктуация белгиси.\*

**65. Флегмонани қайси турида консерватив даво тавсия этилган?**

А. Сероз.\* Б. Йирингли . В. Йирингли-геморрагик.  
Г. Некротик . Д. Анаэроб.

**66. Юмшоқ тўқималар флегмонасида юмшаш босқичида даволаш тактикаси**

А. Йирингни кенг кесма билан кесиш ва дренажлаш.\* Б. Антибиотиклар билан новокаинли блокадалар . В. Иссиқ компресс қўйиш . Г. Йирингни эвакуацияси билан пункция.

**67. Сарамас каслиги таъриф беринг**

А. Сарамас - стрептококклар билан чақирилган тери, шиллиқ қаватлари ва лимфатик томирларини ўткир йирингли прогрессив яллиғланиши .\*

Б. Сарамас – бу тери ости ёғ клетчаткасини ўткир йирингли яллиғланиши.

В. Сарамас – бу юз тери ости ёғ клетчаткасини ўткир йирингли яллиғланиши

Г. Сарамас – бу тери ости ёғ клетчаткасини, мускул ва фасцияларни ўткир йирингил яллиғланиши.

**68. куйида келтирилган қайси қўзғатувчи сарамас касаллигини келтиририб чиқаради?**

А. Стафилококк. Б. Стрептококк.\* В. Кўк йирингли таёқча Г. Ичак таёқчаси. Д. Протей. Ж. Анаэроблар.

**69. сарамас касаллигини келиб чиқиши сабаларини кўрсатинг:**

- А. Аллергия.\* Б. Травмалар, совқатишлар. В. Тери хосилалари.  
Г. Сурункали буйрак етишмовчилиги.

**70. Сарамасда енг кўп зарарланадиган сохалар**

- А. Қўл бармоқлари. Б. қўллар ва кўкрак қафаси. В. Шиллик қаватлари. Г.  
Юз, бош, оқлар.\*

**71. Сарамасда яллиғланиш қаерларга тарқалади?**

- А. Эпидермис ва лимфатик томирлар. Б. Терини сўргич қавти В.  
Териости клетчаткаси Г. Терини хамма қаватлари ва лимфатик томирлар.\*

**72. Сарамас касаллигини яллиғланиш шакллари кўрсатинг:**

- 1.Эритематоз.\* 2. Эмфизематоз. 3. Буллез.\* 4. Флегмоноз.\* 5. Септик.  
6. Абсцессланган. 7. Некротик.\*

**73. Сарамаснинг эритематоз шаклини маҳаллий белгиларини кўрсатинг:**

1. Маҳаллий хароратни кўтарилиши.\*  
2. Аниқ чегараланган **фестончатыми** ёрқин гиперемия билан.\*  
3. Ачишли оғриқ бўлиши.\*  
4. Чегараси ноаниқ гиперемия.  
5. Сероз экссудат билан тўлдирилган пуфаклар

**74. Сарамаснинг буллез шаклида қуйидагилар бўлади:**

- А. Абсцесслар. Б. Пуфаклар.\* В. Яралар. Г. Тери некрозлари.

**75. Сарамас касаллигида тери ости клетчаткасини яллиғланиш жараёнига жалб қилиниши:**

А. Сепсис. Б. Карбункул. В. Абсцесс. Г. Флегмона.\*

**76. Сарамас касаллигига хос белгиларни танланг**

А. Гиперемия .\*

Б. пуфакчалар хосил бўлиши.

В. Тана хароратини 40-41 градусга кўтарилиши.

Г. Лўқилловчи, тортилувчи огриклар.

Д. Марказдан перифериягача бўлган маҳаллий симптомларни яққол намоён бўлиши.

**77. Сарамас яллиғланишини ўртача касаллиг давомийлигини аниқланг**

А. 6-8 кун. Б. 1-2 ҳафта.\* В. 1-2 ой.

**78.Сарамас касаллигида самарали даволаш усулини танланг**

А. Физиодаво. Б. Сульфанилами препаратлари. В. Рентгентерапия.

В. Антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар.\*

**79. Сарамас касаллигида қайси антибиотиклар гуруҳидан фойдаланилади:**

1. Пенициллин гуруҳи.\*

2. Тетрациклинлар гуруҳи.

3. Яримсинтетик пенициллинлар сульфаниламидлар комбинациясида.\*

**80. Сарамас касаллигида қуйидагилардан қайсилари қарши кўрсатмага эга:**

- А. Антибиотиклар. Б. Сульфаниламид препаратлар.  
В. Ультрафиолет нурлари билан нурланиш. Г. Намли боғламлар ва ванналар.\*

**81. Сарамаснинг флегмоноз ва некротик шаклларида консерватив даводан бошқа яна нималар қўлланилади:**

1. Некрэктомия.\* 2. Йирингни очиш ва дренажлаш. \*  
3. Йирингни кесиш ва бирламчи чок қўйиш.

**82. Сарамас касаллигида қўлланиладиган даволар тури:**

1. Антибиотикотерапия.\* 2. Дезинтоксикационн терапия.\*  
3. Физиотерапия.\* 4. Махаллий 50% спиртли компресслар.\*  
5. Намли боғламлар. 6. Хирургик даво.\*

**83. Сарамас касаллиги қайталанувчи касалликлар қаторига кирадими?**

- А. Ха. \* Б. Йўқ.

**84. Тез қайталанувчи сарамас касаллигини асоратларини белгиланг**

- А. Лимфостаз, фил оёқ.\* Б. оёқ қон-томирларини облитерациялашган эндартериити. В. Қандли диабет. Г. Облитерацияланган атеросклероз.  
Д. Ўткир тромбофлебит. Ж. Варикоз касаллиги.

**85. Юз фурункулини даволашда қуйидагилар қўлланилади:**

1. Албатта жаррохлик бўлимига госпитализация қилиниши.\* 2. Амбулатор даво. 3. Шикастланиш соҳасини массажлаш.

4. Антибактериал даво.\* 5. Вишневский малхами билан боғлам қўйиш.

**86. Абсцессларни энг кўп учрайдиган сохалари:**

А. Плевра сохаси. Б. Думба сохаси.\*

В. Сон мускуллари. Г. бўғим бўшлиғи.

**87. Эризипеллоидни энг кўп учрайдиган сохалари**

А. оралик териси. Б. Кафт.\* В. Товон (стопа).

Г. Юз, блш. Д. танани беркиг қисмлари.

**88. Эризипеллоид кўзгатувчисини аниқланг**

А. Стафилококк. Б. Стрептококк. В. Чўчка сарамасини таёкчаси.\*

Г. кўк йиринг таёкча. Д. Ичак таёкчаси.

**89. Эризипеллоидни шакллари кўрсатинг :**

1. Ўткир.\* 2. Буллез. 3. Флегмоноз. 4. Сурункали.\* 5. Рецидив.\*

**90. Эризипеллоид қандай юкуши мумкун:**

А. Контакт йўли орқали.\* Б. инъекция вақтида.

В. Гематоген йўли орқали . Г. Хаво-томчи йўли орқали.

**91. Тромбофлебитни энг ўткир асоратларига куйидагилар киради:**

А. Кўчиб юрувчи тромбофлебит. Б. оёқ-кулларини шишиши.

В. Йирингли тромбофлебит. Г. Ўпка артериясини тромбоэмболияси.\*

Д. Ўткир лимфаденит.

**92. Эризипеллоидни энг кўп учрайдиган сохалар**

А. Оёқ бармоқлари. Б. Қўл бармоқлари. \* В. Билак сохаси.

Г. Юз. Д. Болдир.

**93. Эризипелоидда ўтказиладиган даво-чораларини хажмини белгиланг :**

1. Бармоқлар иммобилизацияси.\* 2. Антибактериал терапия.\*
3. Ультрафиолет нурлари билан нурланиш.\* 4. Новокаинли блокадалар.\*
5. Тўқималарни кесиш .

**94. Эризипелоидни сарамасдан асосий фарқлари:**

1. Интоксикация белгиларини яққол намоён бўлмаслиги.\* 2. Интоксикация белгиларини яққол намоён бўлиши.
3. Нисбий иситма.\* 4. Анамнезида - хом гўшт билан контактлашиши .\*

**95. Эризипелоидда тўқималарда нималар тўпланади:**

А. Лейкоцитлар. Б. Гигант хужайралар. В. Семиз хужайралар.\*

**96. Карбункулларни энг кўп учрайдиган сохаларни кўрсатинг**

А. Бўйин, қўлларни каф қисми, қоринни олдинги девори.

Б. Бўйин , юз, курак, энса сохаси.\*

В. Оёқ ва қўллар.

Г. Курак кафаси . Д. Думба сохаси, сон.

**97. Флегмонани энг кўп учрайдиган сохаларини танланг:**

1. Териости ёғ клетчакаси.\* 2. **Надмышцелки костей.**
3. Параректал клетчатка.\* 4. Сўрғичсимон ўсимта .
5. Гаймор бўшлиғи. 6. Қорин орқа парда клетчаткаси.\*

**98. Лимфаденит ва лимфангоит сабаблари**

А. Организмда йирингли-яллиғланиш ўчоғида реакция содир бўлиши.\* Б. Факат сил касаллигида пайдо бўлади. В. Болалик даврида лимфоид тўқимасини гипертрофияси.

**99. Карбункуллар қайси гуруҳ шахсларида ривожланади?**

- А. Хайвон боқадиган ишчиларда.  
Б. Авитаминоз , кахексия ва қандли диабет билан огриган беморларда.\*  
В. Кўпроқ болаларда. Г. Янги туққан аёлларда ва хомиладорларда.

**100. Абсцессларни жойлашиши мумкун бўлган сохаларни танланг**

1. Бош мия .\* 2. Ўпкалар .\* 3. Жигар.\*  
4. Бўғим бўшлиғи. 5. Бачадон бўшлиғи.

**101. Фурункулни жойлашиш сохаларини қўрсатинг**

- 1.Қўлни кафт сохалари . 2. Юзни тепа қисми.\*  
3. Бўйин сохаси.\* 4. Бел сохаси.\* 5. Оёқларни товон сохаси.

**102. Гидраденитни жойланиш хусусияти**

- А. Қўлтиқ ости сохаси.\* Б. Аёлларда сут бези сохасида.  
В. Бел сохасида. Г.Энса сохаси.

**103. Сарамас касаллигини эритематоз шаклини энг самарали даволаш усулини танланг :**

1. Антибиотикотерапия.\* 2. Мазли боғламлар. 3.УВЧ.  
4. Ультрафиолет нурлари билан нурланиш \* 5. Рентгенотерапия.

**104. Карбункулга хос куйидаги белгилар киради :**

1. Карбункул хосил бўлган сохада оғриқ бўлиши.\*

2. Карбункул хосил бўлган сохада оғриқ бўлмаслиги.
3. некроз марказида “элак” симптоми бўлиши.\*
4. бир неча сохаларда кўплаб тарқалиши.
5. мусбат Курвуазье симптоми аниқланиши.

**105. Карбункулни жаррохлик усулига киради**

- A. Сепси билан асоратланганда қўлланилади .
- Б. Умуман қўлланилмайди.
- В. Карбункулни крестсимон кесилиши.
- Г. Карбункулни крестсимон кесилиши ва некрозлашган тўқималарни кесиб ташлаш. \*
- Д. Карбункулни 2 паралелл кесма билан кесиб олиш.

**106. Лаб тепа қисми, бурун-лаб учбурчаги, бурун ва суборбитал сохаларни фурункули нимаси билан хавфли?**

- A. Юз ишиши . Б. Паротит ривожланиши.
- В. Йирингли базал менингит ривожланиши. \*
- Г. Бурундан қон кетиши.
- Д. Косметик ноқулайлик .

**107. Абсцессларни энг кўп жойлашадиган сохаларни кўрастинг :**

1. Тери . 2. Тери ости ёғ қавати. \* 3. Мускуллар. .
4. Паренхиматоз аъзолар.\* 5. Бўшлиқли аъзолар.

**108. Флегмонани энг кўп жойлашадиган сохаларни кўрсатинг :**

1. Тери . 2. Тери ости ёғ қавати. \* 3. Мускуллар. .
4. Паренхиматоз аъзолар.\* 5. Қорин орқа девори клетчаткаси.\*

**109. Пиоген қобиғини 2 асосий қаватини топинг:**

1. Лейкоцитар. 2. Фибриноз. 3. Грануляцион.\*
4. Мускул . 5. Бириктирувчи тўқимали.\*

**110. Аъзолари аро абсцессларни диагностик усуллари кўрсатинг:**

1. Рентгенологик текширув .\* 2. Эндоскопия.
3. Ультратовуш текширув.\* 4. Сцинтиграфия.
5. Компьютер томография. \*

**111. Қўлларни кафт соҳасида ва оёқларни товон соҳасида карбункул жойлашиши мумкунми?**

- А. Ха. Б. Йўқ.\*

**112. Гидраденитни жойланиш хусусияти**

- А. Қўлтиқ ости соҳаси.\* Б. Аёлларда сут беи соҳасида.
- В. Бел соҳасида. Г.Энса соҳаси.

**113. Юзаки абсцессга хос белгиларни кўрсатинг**

- А. Тери гиперемияси, шиш, флюктуация, оғриқ.\*
- Б. Тери оқишлиги, чегараланган зич хосила.
- В. Тери одатдаги рангда, юмшоқ эластик хосила пайпасланади.
- Г. Қорин соҳасида зич, оғриқли, хосилани мавжудлиги.
- Д. Куйидагиларни барчаси.

**114. Флегмона - бу..... чегарасиз яллиғланиши**

- А.Бўғим бўшлиғи. Б. Плевра бўлиғи. В.Қорин бўшлиғи.Г. тери ости ёғ клетчакаси.\* Д. Куйидагиларни барчаси тўғри.

**115. Сарамас бу тери ва шиллиқ қаватларни ўткир сероз яллиғланиши, мазкур касаллик.....чақирилади:**

А. Чўчка сарамас таёқчаси билан.   Б. Стафилококк.   В. Стрептококк. \*  
Г. Ичак таёқчаси билан .   Д. Протей билан.

***1.Мавзу : Суяк ва бўғимлар инфекцияси, сепсис (Зсоат)***

***Машғулот № 15 “Суяк ва бўғимлар инфекцияси, сепсис” .***

***2. Ўрганувчи контингент:*** педиатрия ва даволаш факултетини 3 босқич талабалари.

***3. Машғулотнинг умумий мақсади:*** остеомиелит ва сепсиснинг этиология, патогенези, клиник карти кўринишини ва диагностикасини талабалар ўрганиши. Мазкур касалликни консерватив ва оператив даволаш усуллари ўрганиш.

***4.Хусусий мақсадлар:*** дарсда ишлаш натижасида талаба билиши лозим:

- остеомиелит ва сепсиснинг патогенез назариялари.
- остеомиелит ва сепсиснинг диагностик усуллари.
- касалликларнинг махалий ва умумий белгилари.
- касаллик ривожланишига олиб келувчи омиллар
- касалликларнинг махалий ва умумий даволаш усуллари

***Талаба бажара олиши лозим:***

- касаллик анамнезини тўғри йиғиш
- остеомиелит ва сепсиснинг олиб келувчи омилларини билиш
- махаллий статусни тўғри ифодалаш
- касаллик диагностикаси учун қўшимча текширув усуллари танлаш.

- маҳаллий ва умумий даво усуллари тўғри танлаш.

*Тасаввурга эга бўлиши лозим:*

- остеомиелит ва сепсиснинг жаррохлик даво усуллари.
- касалликни иммунологик диагностикаси
- остеомиелит ва сепсиснинг замонавий антибиотиклар билан даволаш усуллари .

### **5. Уқув вақти ( академик соатларда)-3 соат**

### **6. Машигулот уқув соатлари:**

1. Гематоген остеомиелит ҳақида тушунча.
2. Остеомиелит этиопатогенези .
3. Гематоген остеомиелитини қандай патогенез назариялари мавжуд?
4. Остеомиелит ривожланишини олиб келувчи омиллар. Хатар грухлари.
5. Гематоген остеомиелитини эрта клиник симптомлари.
6. Гематоген остеомиелитини умумий белгиларини сананг.
7. Гематоген остеомиелитини маҳаллий белгиларини сананг.
8. Гематоген остеомиелитини асосий диагностик усуллари.
9. Гематоген остеомиелити қандай давр мобайнида ва қандай рентгенологик белгилари билан намоён бўлади?
10. Гематоген остеомиелитини умумий даволаш усуллари айтинг.
11. Сепсиснинг бирламчи ўчоғини тасвирланг.
12. Септик қарахтлик ҳақида тушунча беринг.
13. Сепсиснинг қандай маркерлари мавжуд?
14. Сепсиснинг диагностик алгоритми.
15. Сепсис ташҳисини нимага асосланиб қўясиз?
16. Сепсис касаллиги билан оғриган беморларни даволаш нималардан таркиб топади?
17. Сепсиснинг умумий даволаш усуллари санаб ўтинг.
18. Сепсисда антибактериал давони хусусияти.

19. Сепсисда иммунокоррекция усуллари .

20. Сепсисда детоксикация усуллари .

### **7. Ўқув ва моддий таъминот:**

Машғулот ўтиш жойи- ўқув хонаси, боғлов хонаси, ташрихлар хонаси;

Турли хил суяк ва бўғим инфекциян касалликлар билан оғриган тематик беморлар;

Жадваллар, паталогоанатомик препаратлар, «Хирургик инфекция» мавзуси хақида расмлар, рентгенограммалар, слайдлар, видеофилмлар.

### **8. Мураббийлар учун тавсия қилинган адабиётлар:**

1. Волколаков Я.В. Общая хирургия. Рига, 1989.

2. Стручков В.И. Общая хирургия. М., 1984.

3. Гостищев В.К. Общая хирургия. М., 2005.

4. Петров С.П. Общая хирургия. М., 2005.

5. Зубарев П.Н. Общая хирургия. Спб.,2004.

6. Лекции по курсу общей хирургии. Ставрополь, 1998.

7. Тесты контроля знаний. Ставрополь, 2005.- ч.3.

8.А.И.Ковалев *Общая хирургия.Москва,2013*

### **9. Машғулот ўтказишни режа ва услуби, ўқув вақтини тақсимланиши:**

*Ўқитувчининг машғулот мақсади ва мазмуни ёритилганлиги хақида кириш сўзи-5мин;*

*Талабаларнинг асосий билим даражасини назорат қилиш, уларни асосий билимларини назорат қилятган вақда талабалар томонидан қўйилган хатоларни тахлил қилиш билан биргаликда-10 мин;*

*Амалий машғулот вақтда ўрганиладиган ўқув саволлари-30 мин;*

*Ўқитувчи ва талаба билан биргаликда тематик беморларни муҳокама қилиш-30 мин;*

Бунда талабалар 2-3тадан бўлиб бир неча гуруҳга бўлинади ва мустақил курация учун тематик беморни танлашади. Талабалар анамнез йиғиб, беморни ва маҳаллий ўчоқни объектив ҳолатини ўрганишади.

*Талабаларнинг натижавий билим назорати ( тест ва вазиятли масалаларни ечиш)-25 мин;*

*Дарсни якунланиши ва натижалар ҳисоботи-4 мин;*

*Кейинги машғулотга тайерланиш учун талабаларга вазифаларни тақсимлаш-1 мин.*

### **Амалий кўникмалар**

1. Боғламларни алмаштаришда қатнашиш.
2. Бактериологик текширув учун материални олиш.
3. Фистулографияни бажариш.

### **Мустақил назорат учун саволлар:**

1. Сепсисга изох беринг.
2. Сепсис: кўп учраши,ўлим статистикаси.
3. Сепсис ривожланишини асосий патогенетик назарияларни айтиб ўтинг.
4. Сепсисни қандай синфланиш гуруҳлари мавжуд?
5. Сепсисни чақирувчи қўзғатувчи.
6. Сепсисни қандай клиник кечишларини биласиз?
7. Сепсисни клиник кечишини фазаларини санаб ўтинг.
8. Хатар гуруҳлари.
9. Қандай клиник-лаборатор далиллар асосида беморда сепсис касаллигини гумон қилишимиз мумкун?
10. Ўткир сепсиснинг клиник кўриниши.

11. Гематоген остеомиелитни қандай маҳаллий даво усуллари мавжуд?
12. Қайси ҳолатларда хирургик даво қўлланилади?
13. Қандай жаррохлик усуллар мавжуд (ташриҳлар)?
14. Сурункали гематоген остеомиелитга изох беринг.
15. Сурункали гематоген остеомиелитни клиник кечиши.
16. Сурункали гематоген остеомиелитни рентгенологик кўриниши.
17. Сурункали гематоген остеомиелитни даволаш усуллари .
18. Бирламч сурункали гематоген остеомиелитни атипик шакллари айтинг?
19. Сурункали гематоген остеомиелитни қандай асоратлари мавжуд.
20. Ўткир ва сурункали гематоген остеомиелитни қандай клиник фарқларини биласиз.

### **Машғулотга мустақил тайерланиш.**

#### ***1 Мустақил тайергарликни мақсадлари.***

Машғулотга мустақил таерланиш натижасида Сиз **БИЛИШИЗ** керак:

- 1) сепсис ва гематоген остеомиелитн этиология ва патогенези ;
- 2) сепсиса ва гематоген остеомиелитни клиник кўриниши;
- 3) сепсис ва гематоген остеомиелитни диагностик усуллари;
- 4) консерватив ва хирургик даволари принциплари.

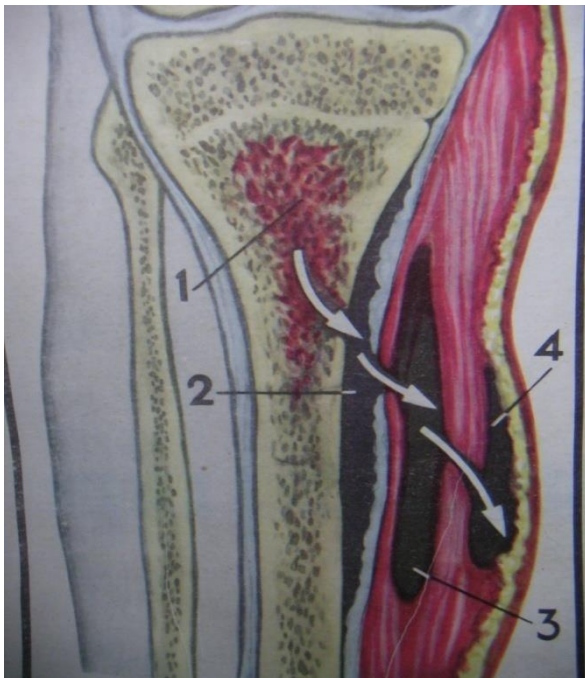
#### **2.Мустақил тайергарликни ташкил этиш.**

- 1) мустақил тайергарликни мақсадларини аниқлаб олинг;
- 2) тавсия қилинган адабиётларни ўрганинг;
- 3) умумий жаррохлик кафедрасида ўқиладиган “Йиригли инфекция” маърузасини конспектиздан қайтаринг;
- 4) мазкур қўлланмада ишлаб чиқилган “Ахборотлар тўпламини” ўрганиб чиқинг;
- 5) тест саволларига жавоб ва вазиятли масалаларни ишланг.

## МЕТОДИК МАТЕРИАЛЛАР

*Аннотация (саволни замонавий ҳолати)*

### ГЕМАТОГЕН ОСТЕОМИЕЛИТ



Остеомиелит – суякнинг барча элементларини, суяк кумиги, суякнинг узини ва суяк усти пардасини зарарловчи яллигланиш жараёнидир. «Остеомиелит» терминини 1831 йил фанга Рейно киритган. Тугридан тугри таржима килинганда суяк кумиги яллигланишини билдиради. Йирингли остеомиелит суякка инфекцион кузгатувчиларни тушиш йули ва патогенези бўйича иккита катта гуруҳга бўлинади. Инфекция кузгатувчиси гематоген йул билан тушса, гематоген остеомиелит хакида фикр юритилади. Агар суяк ва унинг элементларига очик травма натижасида инфекция тушса, травматик остеомиелит деб номланади. Операциядан кейинги даволаш муолажалари натижасида инфекция тушиши – остеосинтезни – операциядан кейинги деб аталади.

Гематоген остеомиелит жуда огир касаллик бўлиб, одатда болалар ва усмирлар, айникса, угил болалар кизларга нисбатан 3 марта купрок касалланадилар.

Хар хил статистик маълумотларга асосан болалар хирургик булимларининг 3-10 % беморларини гематоген остеомиелит билан касалланган болалар ташкил этади.

Гематоген остеомиелитнинг кузгатувчиси булиб, куп холларда тилларанг стафилококк, кам холларда стрептококк, пневмококк ва ичак таёкчаси хисобланади. Гематоген остеомиелит учун моноинфекция характерлидир.

Кузгатувчининг кириб бориш жойи булиб, кичик. Баъзида билинар-билинемас йирингли учок (йиринглаётган тирналиш, фурункул, ангина – лимфоид фолликуладаги йиринг) булиб, у суякда клиник аниқ жараён пайдо булиш даврида йуколиб кетиши мумкин.

Гематоген инфекция учогининг суякда пайдо булиши XIX аср охирида Лексер томонидан аниқланган, у болалар суягининг узиш зонасининг тузилиш хусусиятлари билан булиб, уларга куйидагилар киради:

1. Болаларда метафиз актив функция бажарувчи эпифизар тоғай чегарасида кон оқими секин булган кенг капиллярлар билан ажралиб турувчи жуда зич томирлар турини тутди.
2. Метафизнинг томирлар тури эпифизар тоғай томир тутами билан боғланмайди.
3. Болаларда говак суякларида майин, йиринг билан осон эрувчи, томирларга бой тусиклар ва суяк билан мурт боғланган суяк усти пардаси бор. Бир- бирига мос келувчи кузгатувчиларнинг сони ва патогенлиги, шунингдек организм резистентлиги ҳолатига кура жараён кечишининг куйидаги турлари булиши мумкин:
  - Макрофаглар томонидан фогоцитоз килинган микроорганизмлар суяк кумигида улади.
  - Микроорганизмлар йирингли жараёни зудлик билан авж олишга кумаклашади.

- Микроорганизмлар ноактив ҳолатда қолишлари мумкин, бунда клиник ҳеч қандай аниқланмайдиган инфекция бўлиб қолади, факатгина у ёки бу ҳолатда макроорганизмнинг умумий ёки маҳаллий резистентлиги кучсизланиши натижасида касаллик авж олиши мумкин.

### **Патогенези**

Гематоген остеомиелит ривожланишида қатор асоратли ўзгаришлар кузатилади. Кичик йирингли ўчоқ метафизда, эпифизар тоғай чегарасида ҳосил бўлганда, яқин жойлашган суяк тусиклари ҳалок бўлишини ва томирлар тромбозини келтириб чиқаради. Бу ўзгаришлар диафиз йуналишида тарқалади.

Суяк қумиғи ўлиб ва йирингли жараёнга ўчрайди ва бунинг натижазда суякнинг пустлоқ қавати ичкаридан озикланиши тухтайди. Гаверс каналлари системаси орқали йиринг суяк усти пардаси остига тарқалиб, йиринг пардани ажратиб, субпериостеал йирингли ўчоқ ҳосил қилади. Бунинг натижасида суяк озикланишидан тухтайди ва суяк усти пардаси томонидан ва қатта ёки кичик участка остеонекрози ҳосил бўлиши билан жонсизланади. Беқилган суяк қумиғи бўшлиғида йирингнинг юқори босими токсик захарли маҳсулотлар ва микроорганизмларнинг қонга сурилишга олиб келади, бу эса оғир йирингли интоксикацияга сабаб бўлади. Суяк қумиғи ичидаги юқори босим қучли оғриқлар беради. Охир оқибатда йиринг суяк усти пардасини эритиб, юмшоқ туқималарга ўтиб, мушаклараро флегмона ривожланишини чақиради. Йиринг ёрилиб чиқиб кетиши ёки оператив дренажлаш билан йирингли ўчоқнинг ўткир даври тугайди.

Гематоген остеомиелитда қупроқ узун найсимон суякларнинг метафизлари зарарланади. Қуп ҳолларда тизза бугимиға тегишли метафизлар. Дифизар зарарланиш метафизар зарарланишдан 3 марта қупроқ кузатилади. Ясси суяклардан қупроқ қанок суяклари зарарланади.

## Клиника

Уткир гематоген остеомиелит ёш болалар ва успирин болаларда огир инфекцион касалликка ухшаб бошланади. Бунда касаллик биринчи кунларда умумий симптомлар махаллий симптомлар устидан ҳукумрон булади. Касалликка куп холларда ангина ва йирингли жараён асос булади. Куп холларда тугридан-тугри бошлангич симптомлар пайдо булишидан олдин беморлар мос сохаларнинг зарарланишини, уринишини белгилаб беради. Касаллик бирданига харорат кутарилиши, кучли огриклар билан бошланиб, умумий холсизлик билан кузатилади. Болаларда эса, айникса кичик ёшдаги МИТ касаллиги хакида уйлашга мажбур килувчи куп кусиш билан кузатилади. Куп холатларда касаллик жуда огир кечади, ёмон сифатли ва бир неча кунлар давомида летал натижа билан тамомланади.

Бир вақтнинг узида ёки кейинроқ огир интоксикациянинг ривожланиши билан кучаяувчи, кучли санчикли, таркалувчи ва хос суякларга борувчи огрикка шикоят килади, лекин бошлангич кунларда на шу сохада шиш ва на кизариш булмайди. Пальпацияда ҳам айникса сон сохасида огрик аниқланмайди, чунки суяк учти пардаси мушаклар остида чуқур жойлашган. Махаллий симптомларни касалликнинг биринчи кунлврида аниқлаш айникса кийин. Диагнозни аниқ куйилиши махаллий симптомларни аниқлашда ёрдам беради, мисол учун бугимларга якин сохада мушаклар кискариши, таркалувчи огрик, УК буйича оёкларга зур келгандаги огрик. Факатгина 7-10 кундан сунг, яъни йирингли жараён суяк усти пардаси остига таркалаётганда аниқ огрик ва шиш аниқланади. Бир неча уткадан кейин жараённинг мушаклараро бушликка таркалганидан кейин учокда босим пасаяди, натижада огриклар камаяди. Чуқур флегмона учун характерли булган клиник симптомлар пайдо булади. Лаборатор текшириш натижалари организмда йирингли инфекция учоги борлигини исботлайди (лейкоцитоз формуланинг чапга сурилиши).

Рентгенологик маълумотлар касалликнинг икки haftасида натижасиз. Кейинрок кавати калинлашган суяк усти пардасининг кучсиз сояси пайдо булади. Кейинги даврларда говак суякнинг метафиз соҳасида хиралашиш кузатилади. Суякнинг структураси хар хил булла бошлайди. Аник ажралиб турувчи секвестрлар ва секвестрал бушликларни факатгина 2-4 ойдан сунг аникланади. Касаллик бошланишидан кейин жараён сурункали ҳолатга утгандан сунг бу даврда свищлар бушликлар ва секвестрлар рентгенологик диагностикасида фистулография, шунингдек томография, изотоп ва ультратовуш текширувлари, радиотермометрия ёрдам беради.

### **Даволаш**

Гематоген остеомиелитни даволаш организмга умумий таъсир эти шва яллигланиш учогига маҳаллий таъсир этишдан иборат.

Уткир остеомиелитни даволашнинг комплекс терапияси қуйидагилардан иборат:

- Беморга диагноз қуйилгандан кейин мушак орасига ярим синтетик пенициллин, линкомицин, цефалоспоринлар юборилади, улар хароратни тушириш, интоксикацияни камайтириш ва тез соғайишга ёрдам беради. Агар даволаш эрта бошланса, суяк кумигидаги яллигланиш жараёни тухтатилади. Даволашда артерия ичига ва эндолимфатик йулларга антибиотикларни юбориш яхши натижа беради.

- Кучли дезинтоксикацион терапия касалликнинг 1-кунидан бошланади, бунда организмга кристаллсимон эритмалар, ҳамда кон пазмаси юборилади.

- Иммунокоррекция ва симптоматик терапия хирургик йирингли инфекцияларни даволашда кулланилади.

- Даволаш маҳаллий қуринишда беморлар учун тинчлик ва бемор кулоёқларини гипс ёрдамида иммобилизация қилиш муҳим аҳамиятга эга. Беморнинг аҳволи оғирлашганда ва консерватив даволаш бир неча сутка давомида ёрдам бермаганда хирургик даволаш кулланилади. Эрта

боскичларда юмшок тукумаларни кесиб, бурмали тешиб, суяк кумиги абцессига кадар киритилади ва жренаж куйилади. Мушаклараро флегмонани ривожланишида кенг кесилиб, уни жойлашиши, кон-томир ва нерв, мушакларнинг топографиясини инобатга олиш керак. Суяк усти очилиб, унинг остидаги суяк синчиклаб текширилади, агар суяк ичи говак булса, трепонация килинади ва дренаж куйилади.

Операциядан кейинги даврда йирингли жарохатларни даволашнинг умумий принциплари буйича амалга оширилади.

### **Сурункали гематоген остеомиелит**

Бу касаллик суякда йирингли некротик учоклар булиши билан характерланади. Уткир остеомиелитни сурункали остеомиелитга айланиш даври 3 хафтадан 4 ойгача булиши мумкин. Касалликни кечиши секвестр хосил булишига боғлиқ булади. Суякларнинг механик ва химик хусусиятлари окибатида унинг улик кисми йиринг ферментларининг таъсири остида тезда парчаланиши ҳам тирик тукумадан тезда ажралиши ҳам мумкин эмас.

Секвестрланиш жараёни жуда секин кечади, бир неча ойлаб, хатто йиллаб давом этади. улик суяк кисмини атрофидаги яллигланиш – репаратив жараёнлар, суяк усти ва остеоген тукума капсула билан чегараланади.

Секвестр окибатида атрофдаги тирик суяк тукумаси билан механик алокани йуқолиши ва Янги хосил булган суяк капсуласи ичида чегараланиб қолади. Секвестр, зарарланган ёт тана жуда секин сурилиб, йиллар давомида сурункали йирингли жараён давом этади. Йиринг свищлар оркали ажралиб чиқади, лекин улар тез-тез беркилиб қолиши мумкин, бу эса йиринг ажралишини камайиши ва умумий ва маҳаллий жараённи зурайишига сабаб булади. Бундай ҳолатлар баъзида 10 йиллаб давом этади ва паренхиматоз аъзоларни огир асоратларга ва хатто улимга олиб келиши мумкин.

## **Клиника**

Касалликнинг клиник кечиши куйидаги белгилари билан характерланади: остеомиелит учокдаги чукур огрик, операцион даврдан кейинги чандиклар ва йирингли жараённинг мавжудлиги, жараённинг кучайишида огрикнинг зурайиши, тана хароратининг  $38-39^0$  С гача кутарилиши, остеомиелит атрофидаги терининг гиперемияси кузатилади. Айниқса сурункали остеомиелитнинг зурайиши йирингли свищ йулларнинг функционал беркилиб колиши билан таърифланади.

Сурункали остеомиелит диагнозида рентгенография асосий урин тутади. Бунда суякнинг калинлиги, юзаси, секвестрлар, остеосклероз, суяк кумиги каналларининг беркилиш холатларини аниклаш зарур.

## **Даволаш**

Сурункали остеомиелитда даволашнинг асосий максади – учокларни бартараф этиш, суяк тукумасидаги йирингли-деструктив жараёнларни йукотишга асосланган. Рентгенограммада суякда деструктив учоклар кузатилса, сурункали остеомиелитнинг тинчлик ёки зурайиш даврида операция утказилади. Хирургик радикал аралашувида свищлар метилен Куки билан буялиб, кесиб ташланади. Шундан сунг суякнинг трепанацияси утказилиб, остеомиелит юзаси очилади, секвестрэктомия, юзадаги йиринг ва инфицирланган грануляциялар олиб ташланади. Трепанация килинган жойга дренаж куйилиб, яра тикиб куйилади. Суякнинг катта кисми шикастланганда пластик хирургик даволаш утказилади. Камдан-кам холатларда ёгли пластинка ва «хотирали» метал даволашлар утказилади.

Бирламчи-сурункали остеомиелитнинг 3 та атипик формаси тафовут килинади:

1. Броди абцесси – суякнинг говак кисмида чегараланган некрозли абцессларнинг хос булиши

2. Гарри склероз остеомиелит уткир, лекин сушт кечиши билан характерланади, свищлар ва флегмоналар деярли пайдо булмайди, лекин жароҳатланган суякларда склеротик узгаришлар устун туради. Рентгенологик текширилади.

3. Оплье альбуминозли остеомиелит яллигланиш учогида йиринг экссудатнинг урнига альбумин суяклигига бой серознинг тупланиши. Бунда умумий белгилар камрок намоён булади.

Сурункали остеомиелитнинг асоратлари:

- Узун найсимон суякларнинг деформацияси
- Бугимлар анкилози
- потологик синишлар, сохта бугимлар
- остеомиелитик учоклар девори мамигнизацияси
- ички органлар амилоидози.

### **Посттравматик остеомиелит**

Посттравматик остеомиелит келиб чиқиши турлича булган формалари мавжуд:

- Хусусий посттравматик остеомиелит.
- Ук теккандан кейинги остеомиелит.
- Операциядан кейинги остеомиелит.

### **Хусусий посттравматик остеомиелит**

Очик синишларда юмшок тукима йирингланишининг жиддий асорати остеомиелит ривожланишидир. Остеомиелит ривожланишининг асосий сабаблари: жароҳатни микроблар билан ифлосланиши, оператив аралашувлар ва кейинги даволвшнинг ноадекват(мос келмаслиги) булиши.

Остеомиелит ривожланиш хавфи интрамедулляр металоостеосинтезда ва иммобилизация нуксонларида ортади.

### Клиник куруниши

Очик синишларда юмшок тукима йиринглаши ва остеомиелит ривожланиши, тана хароратининг киска муддатли кутарилиши ва лейкоцитоз билан бирга кузатилади.

Жарохат очилиб дренажлангандан кейин яллигланиш жараёни чегараланади. Постревматик остеомиелитли беморларда касаллик асоратлари клиник куруниши кам намоён булади, бу холат очик синиши сохасидаги суякнинг чегараланган холдаги шикастланиши билан боглик. Шикастланган сохада чукур яралардан ташкари, аъзоник потологик харакатчанлиги, оёк ёки кулнинг кискариши, калталаниши бурчакли деформацияси юзага келади. Ренгенографияда синган сохада остеопарозмайда секвестрли деструкция учоклари намоён булади. Остеомиелит уткир фазасидаги даволаш ва соғломлаштириш ишлари йирингли жарохатни адекват дренажлаш, умумий антибиотиктерапия ва кушимча иммолизация билан бирга олиб борилади. Остеомиелит ва синган сохадаги усмаётган суякни шакллантиришда, тукимани соғломлаштириш билан бирга, синган сохага учокдан ташкари остеосинтез методини куллаш яъни Илизарев аппаратини урнатиш талаб этилади. Жараён сурункали формага ута бошлаганда ва суякда деструкция учоклари купайганда оператив даволашга курсатма берилади яъни чукур яраларни олиб ташлаш, суяк бушлиги терапанацияси, секвестрларни олиб ташлаш ва дренажлаш.

### Ук теккандан кейинги остеомиелит

Остеомиелитнинг бу тури суяк тукимасининг ук отувчи курулдан жарохатланиши ва бу жарохатга инфекция тушиши окибатида келиб чиқади. Ук теккандан остеомиелит келиб чикишида 3 патоген фактор мухим урин тутати. Булар 1- микроблар флораси

2- улган ва улаётган тукима

3- суяк бушлиги

### **Клиник куриниши**

Касалликнинг кечиши жуда суст бўлиб, бунда кадокланган деворли бушликлар ҳосил бўлиши, жарохат атрофидаги терида чандиклар ва трофик узгаришлар юзага келиши кузатилади. Оёк ёки кул мушаклари атрофияланади. Асоратлари бушликнинг ёпилиб қолиши билан боғлиқ. Умумий ҳолат кам узгаради. Остеомиелитнинг бу хилини рентгенологик куриниши купрок ривожланган остеосклероз, сезиларли периосталь кавтланиш суяк кумиги каналининг торайиши, ҳосил бўлган бушликлар кенгайиши билан бирга характерланади. Баъзан юмшок тукималар орасида металл парчалари топилади. Даволаш бошка формаларига ухшаш олиб борилади. Суякда деструкция учоклари ҳосил бўлиши, секвестрлар пайдо бўлиши. Операция пайтида узгарган юмшок тукимани тугридан-тугри олиб ташлаш, ёт жисмлар (ук, металл парчалари) ни олиб ташлаш ва дренажлаш ишлари олиб борилади.

### **Операциядан кейинги остеомиелит**

Операциядан кейинги остеомиелит- операция бўлиб утган жойдаги йирингли некротик жараёнлар билан намоён бўлади. Остеомиелик шикастланиш кулами, суякнинг зарарланиши ҳажмига боғлиқ, ҳамда киритилган йирингланиш ва некроз марказида турган металл конструкция улчамига боғлиқ. Операциядан кейинги остеомиелит клиник куриниши турлича. Чекланган остеонекрозли беморларда касаллик суст кечади яъни ҳеч қандай умумий реакциялар юзага келмайди. Операциядан кейинги жарохат соҳасида сезиларли йиринг ажратувчи бушликлар шаклланади. Ката болдир суяги ва сон суякларидаги интрамедулляр остеосинтездан кейин, суяк кумигидаги яллигланиш жараёнлари кучайиши уткир бошланган огрик

синдроми, тана хароратининг 39 С гача кутарилиши ва лейкоцитоз билан характерланади.

## **СЕПСИС**

**Сепсис** диагностикаси ва давоси мураккаб ва ечими ҳалигача ечилмаган оғир инфекцион касаллик бўлиб, қон ва тўқималарга чиритувчи микроорганизмлар ва уларнинг токсинлари тушишидан келиб чиқади. Бунда патологик жараён организмнинг ўзига хос реакцияси ва клиник кўриниши билан намоён бўлади.

**Хирургик сепсис** бу касаллик инфекцион-токсик касаллик бўлиб, касаллик қўзғатувчиси ва бирламчи ўчоқдаги иммунологик ҳимоя омиллари ўртасидаги мувозанатни бузилишидан келиб чиқади. Бу эса ўз навбатида иккиламчи иммунодефицит ва гомеостазнинг бузилишига олиб келади. Бошқача қилиб айтганда сепсис бу токсинлар миқдори ва сифати билан организм зарарсизлантирувчи тизими ўртасидаги муносабатнинг бузилишидан келиб чиқади.

Сепсис учун қуйидагилар хос:

1. Патоген микробларнинг қон орқали тарқалиши
2. Микроблар биологик хусусиятларининг ҳар хил бўлишига қарамадан касалликнинг бир хил клиник кўринишда намоён бўлиши
3. Организм реактивлигининг ўзгариши
4. Бирламчи септик ўчоқнинг мавжудлиги
5. Махсус (специфик) патологоанатомик ўзгаришларнинг бўлмаслиги

Сепсиснинг қуйидаги қўзғатувчилари мавжуд:

- Стафилококклар
- Стрептококклар
- Энтеробактериялар

- Ичак таёқчалари
- Кўк йиринг таёқчалари
- Псевдомонадалар
- Замбуруғлар

Кўпинча эса бир неча хил микробларнинг ассоциацияси кузатилади

Касаллик этиологик таркибининг муҳим муаммоларидан бири бу ишлатилаётган антибиотикларга сезгир бўлмаган штаммларнинг пайдо бўлиши, амалиётга янги антибактериал воситалар тадбик қилиш зарурияти ва улар тан нархининг ошиб кетаётганлигидир.

Сепсис патогенезининг асосий компонентлари:

- Микробиологик омил (сепсиснинг қўзғатувчиси)
- Инфекциянинг кириш дарвозалари (бирламчи яллиғланиш ўчоғи)
- Организмнинг реактивлиги, унинг аллергияцияси ва сенсibiliзацияси

Сепсис ривожланишида муҳим аҳамият касб этувчи омиллар

- Сепсис қўзғатувчисининг тури
- Сепсис қўзғатувчисининг вирулентлиги
- Организмга тушган микробларнинг миқдори
- Микробларнинг токсинлари

Тўқималарнинг парчаланиш махсулотлари

Сепсисда инфекциянинг кириш дарвозалари:

- Юмшоқ тўқималар, суяклар, бўғимлар ва бўшлиқларнинг очик шикастлари
- Маҳаллий йирингли жараёнлар: фурункуллар, абсцесслар, панарицийлар, тромбофлебитлар, остеомиелитлар ва бошқалар
- Операцион жароҳатлар

- Сурункали яллиғланиш ўчоқларидаги хуружлар: сурункали тонзиллит; гайморит, кариес тишлар, ўт ва нафас йуллари сурункали яллиғланиш касалликлари
- Криптоген сепсисда эса инфекциянинг кириш дарвозалари номаълум бўлади.

Сепсисда бирламчи ўчоқнинг яллиғланиш жараёнига таъсири:

Юз соҳасидаги, ички аъзолар ва бўшлиқлардаги жараёнлар айниқса хавфли ҳисобланади. Йирингли ўчоқнинг дренажланиш даражаси ва бўшлиқ атрофидаги барьер тўқималарнинг ҳимоя даражаси ҳал қилувчи омиллардандир.

Инфекция гематоген йўл билан тарқалган ҳолатларда йирингли тромбофлебитлар ёки перифлебитлар ривожланади, инфицирланган эмболлар эса иккиламчи йирингли метастазларга сабаб бўлади (стафилококкли инфекцияда улар асосан ўпкаларда, суяк кўмигида, буйракларда; стрептококкли инфекцияда бўғимларда ва ўпкаларда; пневмококкли инфекцияда эса бош мия пардаларида жойлашади).

Лимфоген йўл билан тарқалишида эса инфекция лимфатик барьернинг енгиб ўтиши зарурлиги сабабли сепсис секин кечади. Сепсис ривожланиш жараёнида бирламчи жараён баъзан камайиши, баъзан эса йўқолиши ҳам мумкин. Лекин бу ҳолат жараённинг кейинги ривожланишига умуман таъсир қилмайди деган гап эмас.

Бундай ҳолатларда клиник жихатдан йирингли метастатик ўчоқлар асосий ўринни эгаллайди. Шундай бўлишига қарамасдан бирламчи яллиғланиш ўчоғига иккиламчи назар билан қараш нотўғри бўлади, чунки организмни сенсibilловчи патологик импульсларнинг сабаби бирламчи яллиғланиш ўчоғи бўлади.

Организм реактивлигига таъсир қилувчи омиллар:

1. Марказий нерв тизимининг ҳолати

2. Эндокрин тизими
3. Беморларнинг ёши
4. Қон айланишининг бузилишлари
5. Ретикулоэндотелиал тизимнинг фагоцитар фаолияти
6. Охирги йиллардаги изланишларнинг кўрсатишича қонда

бактерияларни топилиши ҳали бу сепсис дегани эмас. Қон бир пасда микроблардан тозаланиши мумкин (фагоцитоз, жигар ва буйракларнинг зарарсизлантириш фаолияти), аммо сепсиснинг клиник манзараси йўқолмайди. Кескин ифодаланган сепсис ҳолатларида ҳар доим ҳам қонда микроблар топилавермайди. Шунинг ҳам айтиб ўтиш керакки баъзи бир юқумли касалликларда (қорин тифи, қайталама тиф, грипп) ёки маҳаллий яллиғланиш касалликларида қонда микроблар топилиши мумкину, сепсиснинг клиник манзараси йўқ, бу ҳолда қонда микроблар кўпаймайди, аммо лекин бутун организм бўйлаб айланиб юради.

Микроблар яллиғланиш ўчоқларида кўпаяди. Вақти келиб эса улар қон оқимиغا тушиб, септик эмболлар ҳолида лимфатик барьерлардан ўтади. Яллиғланиш ўчогидаги микробларнинг эндо- ва экзотоксинлари организмга тўхтовсиз таъсир қилиб туради. Токсинлар ўз навбатида орган ва тўқималарда ўзгаришларга сабаб бўлади, улар эса жигар, ўпка, талок, бош мия, буйраклар, тери ости ва суякларда иккиламчи яллиғланиш ўчоқларини ривожланишига олиб келади.

Бактериологик жиҳатдан сепсисни, жараёни тарқалиш вақтида, тана ҳароратининг баланд кўтарилиб, титроқ тутган пайтда тасдиқлаш мумкин. Тўқималарнинг парчаланиш маҳсулотлари жараённинг тарқалиш жараёнида биологик фаол моддалар (гистамин, серотонин) миқдорининг қонда баланд бўлишини таъминлайди ва сепсиснинг авж олишига олиб келади. Тўқималарда гипоксия ва аноксия ҳолати ривожланади, натижада эса септик шок ҳолати ривожланиши мумкин. Шокнинг ривожланишида буйрак усти

безига таъсир этиб, катехоламинларнинг кўп миқдорда ажралишига, кескин капилляроспазмга ва микроциркуляциянинг бузилиб туқималар гипоксияси ва қоннинг деполанишига олиб келувчи эндотоксинлар катта аҳамиятга эга.

Сепсисда организмнинг сенсibiliзацияга жавоб реакцияси уч хил бўлиши мумкин :

1. Нормергик реакция учун яллиғланишнинг яққол ифодаланган манзараси хос бўлиб, сепсис одатда йирингли метастазлар билан кечади;
2. Гиперергик реакция учун тез, кескин авж олиш хос бўлиб, деструктив ва дегенератив ўзгаришлар, йирингли метастазлар одатда бўлмайди.;
3. Анергик реакция учун суст ифодаланган яллиғланиш жараёнлари хос. Бу ҳолат иммунитет кучли бўлган ҳолатларда кузатилади; Бунда сепсис йирингли метастазларсиз кечади.

Патологоанатомик манзараси

Сепсиснинг специфик морфологик ўзгаришлари бўлмасдан, иккиламчи носпецифик ўзгаришлар кузатилади; Шу маълумотларни биргаликда таҳлил қилиш сепсисга йўлланма бериши мумкин. Аутопсия пайтида олинган бактериологик экмаларда доим ҳам сепсис тасдиқланавермайди.

Одатда йирингли тромбофлебитлар ва перифлебитлар, туқималарнинг йирингли емирилиши, аъзо ва туқималарга қон қуйилишлар, ички аъзоларда дегенератив ўзгаришлар, сепсис иккиламчи метастазлар билан кечган ҳолларда эса тери ости клетчаткасида, аъзо ва бўшлиқларда кўп сонли абсцесслар аниқланади.

Талоқ қонга тўлишган, катталашган, кесиб кўрганда септик қиринди (септический соскоб) аниқланади. Микроскопик текширувда талоқ пульпасининг пролиферацияси, гемолизга учраган эритроцитларнинг қобиқлари, ва хужайралар некрози кўринади. Лимфа тугунларининг

катталашуви, некротик йирингли ўзак сақловчи танглай муртакларининг шишганлиги характерли.

Сепсиснинг таснифи:

### **1. Аэроб**

а) граммусбат: стафилококкли, стрептококкли, пневмококкли.

б) грамманфий: протейли, кўк йиринг таёқчали, сальмонеллезли, эшерихияли, клебсиеллалар

### **2. Анаэроб**

а) Спора ҳосил қилмайдиган микроорганизмлар (ноклостридиал).

б) Спора ҳосил қилувчи микроорганизмлар (клостридиал).

Кандидозли

Полимикроб

### **Келиб чиқишига кўра**

1. Жароҳатдан кейинги
2. Операциядан кейинги
3. Ички (внутренний) (пневмониядан, ангинадан кейин).
4. Криптоген

### **Клиник кечишига кўра**

1. Яшин тезлигида кечувчи (молниеносный), кескин инфекцион-токсик шок билан кечиб 1-2 кунни ичида ўлимга олиб келувчи тури
2. Ўткир 5-7 суткагача.
3. Ўткир ости, кечикувчи (подострый, затяжной) 7-30 кунгача.
4. Септик шок 12-24 соатгача.

5. Сурункали сепсис (хроносепсис) ярим йилдан 2 йилгача.

Ривожланиш вақтига кўра

1. Эрта (ранний)
2. Кечки (поздний) асосий касаллик бошланишидан 3 ҳафтадан кейин ривожланувчи тури;

Бирламчи ўчоқ ёки кириш дарвозаларининг жойлашган жойига кўра

1. Хирургик
2. Гинекологик
3. Отоген
4. Одонтоген
5. Киндикдан ривожланувчи (пупочный)

Организмнинг реактивлигига кўра:

1. Гиперергик
2. Нормергик
3. Анергик

Инфекция ўчоғи бор ёки йўқлигига кўра:

1. Бирламчи ёки криптоген (сепсиснинг манбаи аниқ эмас)
2. Иккиламчи (аниқ яққол ифодаланган бирламчи ўчоқ заминида кечувчи)

**Ривожланиш босқичларига кўра:**

1. Бошланғич ёки йирингли-резорбтив иситмали – йирингли ўчоқ ва интоксикация белгилари хос
2. Септицемия (метастазларсиз сепсис)
3. Септикопиемия (метастазлари мавжуд сепсис)

Сепсиснинг клиникаси:

Сепсиснинг фақат шу касаллик учун хос бўлган симптомлари йўқ. Баъзан бу касалликни бошқа йирингли касалликлардаги ёки юқумли касалликларнинг бошланғич боскичларидаги интоксикациялардан фарқлаш амри маҳол бўлади.

Сепсиснинг умумий ва маҳаллий симптомлари тафовут қилинади. Умумий симптомлари ҳар хил аъзо ва уларнинг тизимларидаги ўзгаришлар билан боғлиқ, маҳаллий симптомлари эса бошланишида бирламчи ўчоқ, кейинчалик эса йирингли метастазларнинг клиник кўриниши билан боғлиқ бўлади.

Кўпинча сепсис аста секинлик билан бошланади. Лекин яшин тезлигида кечувчи шакли бундан мустасно ва бунда беморлар касаллик бошланганидан кейин айтарли касалликнинг бирон бир маҳаллий белгиларисиз халок бўлишади.

Касалликнинг продромал даврида беморлар биров ҳаяжонланган (возбуждены), кўзлари сўнган, лунжлари пушти ранг бўлади. Териси намланган, герпетик тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Касалликнинг авж олиши билан беморларнинг ташқи кўриниши ўзгаради: кўзлари хиралашади, юзлари оқиш кулранг тусга киради ва сариқлик пайдо. Майда петехиал тошмалар билан копланган катта катта сохалар пайдо бўлади.

Умумий симптомлар оғир инфекцион касаллик пайдо бўлганлигидан далолат беради. Бош оғриши, кўнгил айниб қусиш, уйқусизлик ва асаб (психика) нинг бузилиши, септик шок ҳолатларида эса хушнинг йўқолиши кузатилади.

39-40°C гача кўтарилган баланд тана ҳарорати хос. Ҳарорат чизиқларининг (температурная кривая) уч тури тафовут қилинади: доимий баланд (39-40°C), ремиттирловчи ва тўлқинсимон. Агарда сепсис метастазларсиз кечадиган бўлса, тана ҳарорати ошган, лекин кескин

тебраниш (выраженных колебаний) кузатилмайди, метастазлари бўлган сепсисда эса тана ҳароратининг тебраниши (колебания) кескин бўлади.

Янги метастазлар пайдо бўганида тана ҳарорати кескин ошади ва титрок тутиши билан кечади; ҳароратнинг тушишида эса кўп миқдорда тер ажралиши кузатилади. Беморларнинг тана оғирлиги тезда камайиб, умумий ҳолсизлик орта боради ва септик ич кетиши билан кечади. Лунжлари сўлиб, бурни ўткирлашади ва афония ривожланади.

Қон томир тизими тана ҳароратининг ошишига юрак қисқаришларининг тезлашуви билан жавоб беради.

Окибати яхши бўлмаган ҳолатларда ҳарорат ва пульс чизиқлари орасида ажралиш («қайчи») кузатилади – ҳарорат пасаяди, тахикардия эса оша боради. Юрак фаолияти ёмонлаша боради, пульс тўлалиги сусаяди, артериал босим туша боради. Баъзан эса юқорида айтилганларга септик миокардит манзараси кўшилади. Танада шишлар пайдо бўлиб, тромбофлебитлар ва ётоқ яралар келиб чиқади.

Қонда эса зўрайиб боровчи анемия, ЭЧТ нинг баланд (30-60 мм/с) бўлиши, лейкоцитознинг ошиб, ( $15-40 \times 10^9$  л) қон формуласининг чапга силжиши ва токсик донатор нейтрофиллар пайдо бўлиши кузатилади.

Ҳар хил ўзгаришлар паренхиматоз азоларда ҳам кузатилади. Жигар ўлчамлари катталашади, унинг функционал имкониятлари 15-20% га камаяди. Кўпинча токсик гепатит ривожланиб, сариқлик билан кечади. Талоқ катталашади, буйрак фаолияти бузилиб, гипостенурия ва олигурия пайдо бўлади;

Сурункали сепсис учун атипик кечиш хос бўлиб, бир неча ойлardan кейин ҳам ривожланавериши мумкин. Умумий белгилари суст ифодаланган бўлади. Вақти вақти билан тана ҳарорати ошиб иккиламчи йирингли ўчоқлар пайдо бўлади. Қонда бироз анемия ва лейкоцитоз ривожланади, ЭЧТ ошади.

## Сепсиснинг диагностикаси

Йирингли метастазлари бўлиб, касаллик типик кечган ҳолатларда диагноз қўйиш қийинчилик туғдирмайди. Бироқ бошланғич босқичларида ва касаллик атипик кечган ҳолатларда диагноз қўйиш қийинлашади. Диагноз бактериологик текширувлар билан тасдикланади. Лекин касалликнинг клиник манзараси яккол ифодаланган бўлиб, бактериологик текширувларда микробларнинг ўсмаслиги ҳали сепсис йўқ деган гап эмас.

## Дифференциал диагностика

Сепсисни қуйидаги касалликлардан фарқлаб олиш зарур:

1. Маҳаллий йирингли жараёнлардаги интоксикациядан
2. Қорин тифидан
3. Бруцеллездан
4. Маляриядан
5. Диссеминацияланган силдан
6. Ўткир гематоген остеомиелитдан
7. Томирлар деворининг токсик зарарланиб ўтказувчанлиги ошиб кетиши мумкин бўлган ва қон ивиш тизими касалликларидан

Сепсисни даволаш принциплари:

1. Йирингли ўчоқни санация қилиш
2. Антибактериал
3. Иммунологик
4. Антикоагулянт
5. Антифермент
6. Экстракорпорал детоксикация

Маҳаллий этиологик тадбирлар қуйидагиларни ўз ичига олади:

Ўз вақтида ва радикал хирургик даво –некротик тўқималар ва ёт жисмларни олиб ташлаб, йиринли ўчоқни дренажлаш.

2) Яллиғланиш ўчоғида биологик ёки кимёвий дезинфекция (антибиотиклар, сульфанильамидлар, антисептик воситалар, протеолитик ферментлар, бактериофаглар ва бошқалар)

3) Физиотерапевтик муолажалар (УФО, УВЧ, неонли лазер ва бошқалар)

4) Патологик ўчоқ соҳасида тинчлик, ҳимоявий ҳолатини таъминлаш ва иммобилизация қилиш.

Антибиотиклар ишлатишда танлов имкониятлари катта бўлишига қарамадан кўпинча комбинация цефалоспоринларнинг учинчи авлоди (цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим) ва аминогликозидлар (гентамицин, амикацин) нинг комбинацияси ишлатилмоқда. Бу комбинациялар сепсис бўлган беморларда самарадорлиги юқори эканлигини кўрсатмоқда. Кўпчилик ҳолатларда цефтриаксон эътиборни ўзига жалб қилмоқда чунки унинг ярим ажралиш вақти узок ва суткасига бир марта ишлатишнинг ўзи кифоя бўлади. Бошқа препаратларнинг ярим ажралиш вақти қисқа бўлганлиги сабабли уларни бир неча мартадан қайта ишлатиш зарурияти туғилади. (Белобродов В.Б. 2006).

Бактериоидлар ва бошқа анаэроблар томонидан чақирилган сепсисни даволаш учун хлорамфениколь, клиндамицин и метронидазолларнинг тетрациклинлар билан комбинацияси ишлатилади.

Параллель равишда сульфанильамидлар (этазол ва диприм), нитрофуран гуруҳи препаратлари ҳам ишлатилади.

Специфик таъсир қилиш мақсадида антистафилококкли плазма, 3 суткада бир мартадан тана оғирлигига 5 мл/кгдан (3-6-марта) ва антистафилококкли гамма-глобулинлар ишлатилади. Сурункали сепсисда

стафилококк анатоксини ва аутовакцинаси билан фаол иммунизация қўлланилади.

Патогенетик давонинг асосий принциплари

Организм иммунобиологик реактивлигини ошириш (оптимал санитар-гигиеник тартиб, юқори калорияли овқатлар, парентерал озиқлантириш – аминокислота аралашмаларининг комплекси, витаминотерапия, янги консервланган қон қуйиш, анаболик гормонлар ишлатиш.

2) Тўқималарда гипоксияни камайтириш – гипербарик оксигенация.

3) Организмни десенсибилизация қилиш – димедроль, супрастин, пипольфен, кальций хлор.

4) Организмни дезинтоксикация қилиш (микроблар токсинларини ва тўқималар парчаланиш маҳсулотларини чиқариб олиш) ва паренхиматоз аъзолар фаолиятини стимуляция қилиш.

Махсус, токсинларни абсорбция қилувчи дезинтоксикацион воситалар ишлатилади (гемодез, неокомпенсан, реополиглюкин, желатиноль). Буйрак етишмовчилиги ривожланган ҳолатларда экстракорпорал ёки перитонеал гемодиализ, гемосорбция қилинади; жигар етишмовчилиги ривожланган ҳолатларда эса гемо- лимфосорбция, ва жигарни экстракорпорал перфузия қилиш (бузоқ, чўчқа жигари) зарур.

5) Сепсисда ажралиб чиқувчи протеолитик ферментларнинг ножўя таъсирларини камайтириш учун протеаза ингибиторлари (контрикал, трасилол, тзалол) ишлатилади.

6) Септик шокни комплекс даволашда стероид гормонлар – гидрокортизон, дексаметазон, преднизолонлар қўлланилади.

**ТЕСТЛАР**

## **Сепсис. Гематоген остеомиелити.**

### **1. Клиник манзарасига кўра хирургик сепсис бўлиниши мумкун:**

1. Яшин тезлигида .\*
2. Ўткир .\*
3. Ўткир олди.\*
4. Рецидив.\*
5. Сурункали .\*

### **2. Сепсисни доимий белгиларига киради:**

1. Тана хароратини кўтарилиши.\*
2. Совқотиш.\*
3. Бирламчи ўчоқни бўлиши.\*
4. Бактериемия.
5. Тери қопламларини сарғайиши.

### **3. Сепсисни асоратларини кўрсатинг:**

1. Эндокардит.\*
2. Пневмония.\*
3. Қон кетишлар.\*
4. Паренхиматоз аъзоларида кўплаб абсцесслар бўлиши.\*

### **4. Эндоген инфекция сепсис ривожланишига олиб келадими?**

- А. Ха.\*      Б. Йўқ.

### **5. Сепсисни симптоматик давосига нималар киради?**

1. Кардиотоник моддалар.\*
2. Антикогулянтлар.\*
3. Аналгетиклар.\*
4. Вазотроп препаратлари.\*
5. Кортикостероидлар.

### **6. Сепсисни энг кўп учрайдиган қўзғатувчисини аниқланг:**

- А. Стафилококк.\*      Б. Стрептококк.      В. Ичак таёқчаси.
- Г. Протей.      Д. Облигат анаэроблар.

**7. Септик қарахтликни кечиб ўтган беморларга нималар қарши кўрсатма бўлаолади:**

1. Даволовчи жисмоний тарбия.\*    2. Транспортировка.\*
3. Хаёт учун кераклидан мустасно бўлган ташрихлар.\*
4. Интенсив инфузион терапия.
5. магистрал қон-томирларни катетеризацияси.

**8. Сепсисни умумий клиник белгиларга нималар киради?**

1. Кескин терлиш .\*
2. Юқори температура.\*
3. Қувватсизлик .\*
4. Брадикардия.
5. Совқотиш.\*

**9. Сепсис патогенези куйидаги омиллар билан аниқланади:**

1. Макроорганизмни иммунологик ҳолати билан.\*
2. Микроб флорасини миқдори, тури ва вирулентлиги билан.\*
3. Микрофлорани кириш ўчоғини ҳолати.\*
4. Физик омиллар таъсирида (аэрация, ФТО, лазер нурланиш).
5. паренхиматоз аъзоларини дезинтоксикацион фаолиятига кўра.\*

**10. Сепсисда яралар куйидагича хусусиятга эга:**

1. Кўплаб йирингли ажралмалар билан.
2. Йирингли ажралмалар камлиги билан.\*
3. Яра соҳасида яққол гиперемия билан.
4. Яра тўқимасини кир кулранг рангда бўлиши.\*
5. Яра тўқималарини кескин тўқимасини ишиши.\*

**11. Бирламчи ўчоқ жойлашиши билан сепсис синфланишини белгиланг :**

1. Хирургик (юмшоқ тўқималарни, сероз бўшлиқларни, суякларни, бўғимларни йирингли инфекцияси,)\*
2. Урологик.\*
3. Гинекологик.\*
4. Отоген.\*
5. Одонтоген.\*

**12. Сепсис куйидагилар билан хамрохланади:**

1. Токсик миокардит.\*
2. Спленомегалия.\*
3. Асаб тизимини бузилишлари билан.\*
4. Буйракларни эмболик абсцесслари билан.\*
5. Умумий гипотермией.

**13. Қон таркибини доимий ўзгаришларини белгиланг:**

1. Гемоглобин тушиши билан.\*
2. Эритроцитларни тушиши билан.\*
3. Нейтрофил лейкоцитоз.\*
4. СОЭ тушиб кетиши билан.
5. Лимфоцитопения.\*

**14. Сепсисни йирингли-резорбтив лихорадкаси билан фарқланг:**

- А. Йиингли -резорбтив лихорадка сепсисдан олдин келади.\*
- Б. Бу бир ҳолатни синоними.
- В. . Йиингли -резорбтив лихорадка сепсисдан кейин келади .

**15. Қандай қўзғатувчилар сепсисда йирингли метастазларга олиб келадие**

- А. Стафилококк.\*
- Б. Стрептококк.
- В. Ичак таёқчаси.
- Г. Ноклостридиал анаэробная микрофлора.

**16. Қайси кўзгатувчиларга септицемия хосдир, септикопиемияга кўра.**

А. Стафилококк. Б. Стрептококк.\*

В. Ноклостридиал анаэроб микрофлора.

**17. Сепсисда периферик қонни ўзгаришини белгиланг :**

1. Анемия.\* 2. Анемия йўқ. 3. Лейкоцитлар ва миелоцитларни ёш шакллари пайдо бўлиши.\* 4. Гипопротеинемия.\* 5. Гиперпротеинемия.

**18. Иммунотерапия мақсадида сепсисда тавсия қилишади:**

1. Антистафилококкли плазма.\* 2. Тималин.\* 3. Гентамицин.  
4. Антистафилококкли гамма-глобулин.\* 5. Продигиозан.\*

**19. Этиологияси жихатдан хирургик сепсис қандай бўлади:**

1. Стафилококкли.\* 2. Колибациляр.\* 3. Стрептококкли.\* 4. Анаэроб.\* 5. Қорин тифозли.

**20. Бактериал –токсик қарахтлигни асосий белгиларини кўрсатинг:**

1. Тана харорати кўтарилиши.\* 2. Брадикардия. 3. Совқотишлар.\*  
4. Қон босимини тушиб кетиши.\* 5. Олигурия.\*

**21. Сепсис билан хасталанган беморларни экстракорпорал детоксикацияси қандай бўлади:**

1. Гемосорбция.\* 2. Гемодез. 3. Плазмаферез.\*
4. Лимфосорбция.\* 5. Диурез .

**22. Сепсисни даволашда оқсил препаратларига киради:**

1. Альбумин.\* 2. Контрикал. 3. Протеин.\*
4. Қуруқ ва активлашган қон плазмаси.\* 5. Аминокислоталар эритмаси.\*

**23.Сепсисда сув-электролит бузилишларини коррекцияси учун қуйидагиларни тавсия этишади :**

1. Лактасол.\* 2. Рингер-Локка эритмаси.\* 3. Трисол.\*
4. Интралипид. 5. Калий хлорид эритмаси.\*

**24. Сепсисни даволашда кортикостероидларга киради:**

- А. Гордокс. Б. Преднизалон.\* В. Тималин. Г. Альвезин.
- Д. Анатоксин.

**25. Сепсисни антибактериал давосига киради:**

1. Яримсинтетик пенициллинлари.\* 2. Сульфаниламидлар.\*
3. Антисептиклар (диоксидин, димексид).\* 4. Цефалоспоринлар.\*

5. Коллоид препаратлари.

**26. Сепсис билан оғриган беморларда куйидаги асоратлар келиб чиқади:**

1. Септик эндокардит.\*    2. Бактериал-токсик шок.\*
3. Септик қон кетишлар.\*    4. Септик пневмония.\*
5. Ётоқ яралар.\*

**27. Сепсис билан оғриган беморларни йирингли ўчоғини хирургик давосига киради:**

1. Йирингли ўчоқни очиш. \*    2. Ўлган тўқималарни олиб ташлаш .\*
3. Йирингли оқмаларни, чўнтакларни очиш ва дренажлаш.\*
4. Ампутация (экзартикуляция).\*    5. Оксигенотерапия.

**28. Сепсисда энг асосийси:**

1. Инфекция ва и интоксикация билан кураш\*    2. Иммуниетет стимуляцияси.\*
3. Аъзолар ва системаларни фаолиятини тиклаш.\*
4. Беморни боксда изоляцияси.

**29. Хирургик сепсисни қиёсий ташхисланишига куйидагилар киради:**

1. Миллиар сил билан.\*    2. Малярияни оғир шакллари билан.\*
3. Бруцеллез.\*    4. Тифлар билан.\*    5. Сифилис билан.

### **30. Сепсисда қон экиб кўрилганда**

А. Дои мо стерил.    Б. Доим кўзғатувчи аниқланади.

В. Хар доим хам кўзғатувчи аниқланмеди.\*

### **31. Сепсис билан хасталанган беморларни объектив кўригида аниқланади:**

1. Совкотиш ва тана хароратини кўтарилиши.\*    2. Склераларни сарғайиб кетиши.\*    3. Субфебрил температура.    4. Терлаш.\*    5. Петехиал қон қуйилишлар.\*

### **32. Сепсисда харорат реакцияси қуйидагича бўлади:**

А. Тўлқинсимон.\*    Б. Доимий.

### **33. Бактериал –токсик (септик) шокга хусусиятли белгилар:**

1. Юқори температура 40-41°C.    2. Температурани кескин тушиб кетиши.\*  
3. Қон-босимини пасайиши.\*    4. Тахипноэ 50-60гача 1 мин.\*    5. Қон босимини кўтарилиши.    6. Брадипноэ 10-16 гача 1 мин.

### **34. Сепсисда микроблар ва уларни токсинларини кириш йўллари қуйидагича:**

1. Очиқ жарохатлар.\*    2. Ёпиқ жарохатлар.    3. Махаллий йиригли жараёнлар.\*    4. Янги гематомалар.    5. Ташрих жарохатлари.\*

### **35. Секвестр нима?**

- А. Йирингли жараёнга учраган суякни бир қисми.
- Б. некрозлашган суяк қисми.\*
- В. Суяк ва юмшоқ тўқималарда йирингли канал бўлиши.
- Г. Йирингли жараёндан сўнг хосил бўлган суякдаги бўшлиқ.

### **36. Ўткир гематоген остеомиелитини клиник кўриниши:**

1. Оёқ-қўлларда кескин оғриқларни пайдо бўлиши.\*
2. Оёқ-қўлларда жисмоний ҳаракатда хосил бўлган симилловчи оғриқ.
3. Касалланиш олдидан ўтказилган фарингит, шикастланишлар ва б.\*
4. Интоксикацияни кескин намоён бўлиши ( бош оғриғи, совқотиш, анорексия).\*
5. Интоксикация белгилари суст ривожланган.
6. Оёқ-қўллар фаолиятини бузилиши.\*
7. Ўчоқ соҳасида юмшоқ тўқималарни маҳаллий гипертермия ва инфильтрация бўлиши.\*

### **37. Гематоген остеомиелитини авж даврини клиник кўриниши:**

1. Шикастланиш соҳасида кескин оғриқни пайдо бўлиши.\*
2. Яқин жойлашган бўғимларни фаолиятини бузилиши. \*
3. Зарарланиш соҳасида гиперемия, шиш, инфильтрация бўлиши.\*
4. Маҳаллий гипертермия мавжуд эмас. 5. Умумий гипертермия.\*
6. Қолдирилган ҳолатларда юмшоқ тўқималарни флегмонаси.\*

**38. Сурункали остеомиелитни давоси:**

А. Хирургик.\*                      Б. Консерватив.

**39. Сурункали остеомиелитни даволашга нима кирмеди**

А. Антибиотикларни қўллаш.    Б. Инфекция ўчоқларини санацияси.

В. Костной трансплантации.    Г. Пластырли иммобилизация.\*

Д. Мускул лахтаклари билан пластика.

**40. Сурункали остеомиелитни кўп учрайдиган сабаблари:**

1. Ёмон сифатли хосилаларни бўлиши.    2. Нур касаллиги.

3. Ўткир гематоген остеомиелит.\*    4. Травматик остеомиелит.\*    5. Тиф, гонококк, бруцеллез.

**41. Ўткир гематогенн остеомиелитини эрта рентгенологик белгилари:**

1. Суяк усти пардасини кўчиб кетиши.\*    2.    Остеопороз.\*    3. Остеосклероз.

4. Остеосклероз ва остеопорозни навбатма-навбат келиши .

**42. Ўткир гематоген остеомиелитини рентген белгиларини вақти:**

А. 10-14 кундан сўнг.\*    Б. Касаллик бошлангандан 3-4 хафта сўнг.    В.    1-2 ойдан сўнг-

.

**43. Ўткир гематогенн остеомиелитини комплекс давосига нима кирмеди:**

- А. Зараланган соха иммобилизацияси.                      Б. Антибиотико- ва  
иммунотерапия.    В. Дезинтоксикацион терапия.
- Г. Қоқшолга қарши зардобни ва анатоксинни киритиш.\*
- Д. Хирургик даво.

**44. Ўткир гематоген остеомиелитини келиб чиқиши омилларига киради:**

1. Травмалар.\*    2. Илгари бўлган нфекция.\*    3. Совуқда қолиб кетиш .\*
4. Яхши овқатланмаслик, гиповитаминоз.\*

**45. Ўткир остеомиелитни маҳаллий белгиларини аниқланг:**

1. Оёқ-қўл сегментини бир оз ишиши.\*    2. Оёқ-қўл                      сегментини  
ишиши.\*    3. Зарарланиш ўчоғида тери гиперемияси.\*
4. Оёқ-қўللарни периферик артерияларида пулсни аниқланмаслиги .
5. Бўғим ҳаракатини ошиши.

**46. Гематоген остеомиелитини асоратларига кирмеди:**

- А. Сепсис.    Б. Амилоидоз.    В. Иккиламчи анемия.
- Г. Контрактура ва анкилоз.\*    Д. Сурункали аллергияция.

**Мавзу № 16. Ўткир ва сурункали специфик хирургик инфекция.**

**2. Ўрганувчи контингент:** педиатрия ва даволаш факултетини 3 босқич талабалари.

**3. Машигулотнинг умумий мақсади:** ўткир ва сурункали специфик инфекцияни этиология, патогенези, клиник кўринишини ва диагностикасини талабалар ўрганиши.

**4. Хусусий мақсадлар:** дарсда ишлаш натижасида талаба билиши лозим:

*Билиши керак:*

- специфик инфекцияни кўзгатувчисини;
- зарарланиш йўллари;
- ўткир ва сурункали специфик инфекцияни патогенезини;
- клиникаси ва хусусияти;
- ташхислаш усуллари;
- касалликни профилактикасини (специфик ва носпецифик);
- даволашни.

*Бажариши керак:*

- касалликни умумий симптомини ифодалаб бериш ;
- касалликни маҳаллий симптомини ифодалаб бериш; -лаборатор ва инструментал ҳулосаларни изоҳлаб бериш,

*Тасаввурга эга бўлиши лозим:*

- оёқ-қўл ампутацияси;
- детоксикацияни экстракорпорал усуллари;
- бўғимларни эндопротезлаш.

**5. Уқув вақти ( академик соатларда)-3 соат**

**6. Машигулот уқув соатлари:**

1. Қоқшол этиологиясини.
2. Қоқшол патогенезини.
3. Қоқшол клиникасини.
4. Қоқшол профилактикасини.
5. Қоқшолни даволашни.
6. Куйдиргини этиология ва патогенезини.
7. Куйдиргини клиникасини.
8. Куйдиргини даволашни.
9. Яралар дифтериясини этиология ва патогенезини.
10. Яралар дифтериясини клиникаси ва диагностикасини.
11. Яралар дифтериясини даволашни.
12. Силни жаррохлик турини этиология ва патогенези.
13. Сил билан зарарланиш йўллари.
14. Суяк ва бўғим силини шакллари.
15. Суяк ва бўғим силини диагностикаси ва давоси.
16. Актиномикоз этиология , патогенези ва патологик анатомияси .
17. Газли гангрени этиология ва патогенези.
18. Газли гангрени клиникаси.
19. Газли гангрени профилактикаси.
20. Газли гангрена давоси.
- 21.Актиномикоз клиника ва диагностикаси.
22. Актиномикозни консерватив даволашни принциплари.
23. Актиномикозни хирургик давоси.
24. Захм касаллигида суяк ва бўғимларни зарарланиш шакллари.
25. Суяк ва бўғимларни захм касалликларини клиникаси.

## **7. Ўқув ва моддий таъминот:**

Машғулот ўтиш жойи- ўқув хонаси, боғлов хонаси, ташрихлар хонаси;

Жадваллар, паталогоанатомик препаратлар, « Специфик хирургик инфекция» мавзуси ҳақида расмлар, рентгенограммалар, слайдлар, видеофилмлар.

## **8. Мураббийлар учун тавсия қилинган адабиётлар:**

1. Волколаков Я.В. Общая хирургия. Рига, 1989.
2. Стручков В.И. Общая хирургия. М., 1984.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия. М., 2005.
4. Петров С.П. Общая хирургия. М., 2006.
5. Зубарев П.Н. Общая хирургия. Спб.,2004.
6. Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В.«Руководство по гнойной хирургии».
- 7.Ковалев А.И. Общая хирургия. 2013.

## **9. Машғулот ўтказишни режа ва услуги, ўқув вақтини тақсимланиши:**

*Ўқитувчининг маўшғулот мақсади ва мазмунни ёритилганлиги ҳақида кириш сўзи-5мин;*

*Талабаларнинг асосий билим даражасини назорат қилиш, уларни асосий билимларини назорат қилятган вақда талабалар томонидан қўйилган хатоларни таҳлил қилиш билан биргаликда-10 мин;*

*Амалий машғулот вақтда ўрганиладиган ўқув саволлари-30 мин;*

*Ўқитувчи ва талаба билан биргаликда тематик беморларни муҳокама қилиш-30 мин;*

Бунда талабалар 2-3тадан бўлиб бир неча гуруҳга бўлинади ва мустақил курация учун тематик беморни танлашади. Талабалар анамнез йиғиб, беморни ва маҳаллий ўчоқни объектив ҳолатини ўрганишади.

*Талабаларнинг натижавий билим назорати ( тест ва вазиятли масалаларни ечиш)-25 мин;*

*Дарсни якунланиши ва натижалар хисоботи-4 мин;*

*Кейинги машғулотга тайерланиш учун талабаларга вазифаларни тақсимлаш-1 мин.*

### **Амалий кўникмалар**

- 1.Йирингли жарохатни боғламини алмаштириш.
2. **оқар-сув** тизими орқали жарохат диализини ўтказиш.
- 3.Жарохатни бирламчи хирургик ишловига инструментларни тўғри танлаш.
4. Қоқшолни актив ва пассив профилактикасини бажариш.

### **Мустақил назорат учун саволлари:**

1. Қоқшолни специфик ва носпецифик профилактикаси.
2. Қоқшолни специфик ва носпецифик давоси.
3. Газли гангрени специфик ва носпецифик профилактикаси.
4. Газли гангрени специфик ва носпецифик давоси.

### **Машғулотга мустақил тайерланиш.**

#### **1 Мустақил тайергарликни мақсадлари.**

Машғулотга мустақил таерланиш натижасида Сиз **БИЛИШИЗ** керак:

- 1) ўткир ва сурункали специфик инфекцияни этиология ва патогенези;
- 2) ўткир ва сурункали специфик инфекцияни клиник кўриниши;
- 3) ўткир ва сурункали специфик инфекцияни диагностик усуллари;

4) ўткир ва сурункали специфик инфекцияни специфик ва носпецифик профилактикаси;

5) ўткир ва сурункали специфик инфекцияни консерватив ва хирургик даво принциплари;

## **2.Мустақил тайергарликни ташкил этиш.**

1) мустақил тайергарликни мақсадларини аниқлаб олинг;

2) тавсия қилинган адабиётларни ўрганинг;

3) умумий жаррохлик кафедрасида ўқиладиган “Йирингли инфекция” маърузасини конспектиздан қайтаринг;

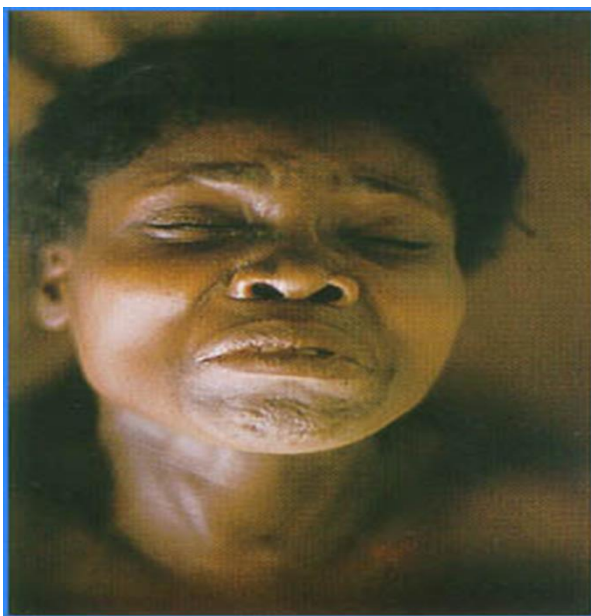
4) мазкур қўлланмада ишлаб чиқилган “Ахборотлар тўпламини” ўрганиб чиқинг;

5) тест саволларига жавоб ва вазиятли масалаларни ишланг.

## **МЕТОДИК МАТЕРИАЛЛАР**

### ***2. Аннотация (саволни замонавий кўриниши)***

#### **ҚОҚШОЛ**



Қоқшол специфик ўткир юқумли касаллик бўлиб , спорали анаэроб таёқча қўзғатади. Бу таёқча 2 экзотоксин тетаноспазмин ва тетаногемолизин ишлаб чиқаради. Инкубацион давр – 4-14 кун. Зарарланиш тўсатдан жароҳат ифлосланишидан келиб чиқади.

*Синфланиши:*

Қўзғатувчи кириш йўли орқали:

- жароҳатдан
- инфекциядан сўнг
- куйишдан сўнг
- ташрихдан сўнг
- совуқ уриши, электротравмадан сўнг
- туғишдан сўнг

Тарқалиш шакллари :

А. Умумий (тарқалган ) қоқшол

1. Бирламчи умумий
2. Пастга тушувчи
3. Юқорига кўтарилувчи

В. Маҳаллий (чекланган қоқшол)

1. Қўл ва оёқ
2. Бош
3. Тана
4. Чекланган локализацияларни бирга учраши.

3. Клиник кечишидан:

- Ўткир яққол кечиши билан
- Сурункали
- Клиник белгилари ёрқин
- Ўлим олиб келувчи шакли

**Клиник манзараси.**

Бошланғич симптомлари:

- бош оғриги
- Дармонсизлик, инжиғлик
- Қувватсизлик , кўп терлаш
- Жарохат соҳасида мускулларни тортишиши ва оғриқ бўлиши

Асосий симптомлар:

- скелет мускулларини тоник ва клоник тиришиши
- Мимик мускулларини типик қисқариши «сардоник кулги»
- Чайнаш мушакларини тризми
- опистотонус
- тана харорати 42° гача кўтарилиши
  - пульс 120 та 1 дақ..
  - нафас олишни қийинлашиши, беихтиёр сийиб юбориш ва дефекация

Асоратлари:

- пневмония
- асфиксия
- жарохатни анаэроб ва йирингли –септик асортланиши
- сепсис

## **Қоқшол профилактикаси**

Хамма профилактик чора тадбирла 2 гуруҳга бўлинади:

Носпецифик профилактика.

Бу жарохатни эрта тўла хирургик ишловидир, бунда жарохатни некрозлашган ва ўлган тўқималардан халос этади.

2.Специфик, актив-пассив, антитоксик профилактика.

Қоқшолга қарши анатоксин билан активная иммунизация қилиниши.  
1 мл., 3хафтадан сўнг – 1.5 мл.; 3 хафтадан сўнг1,5 мл. тери остига.

Пассив – м\о 1500 – 3000 АЕ қоқшолга қарши зардобни хар бир тўсатдан жарохатланшида ўтказилади.

Зардоб Безредко усулида киргизилади.

- 1). Тери ичига 0,1 мл. аралашган 1:100 20 мин сўнг., агар папула 0,9 смдан ошса.
- 2) тери остига 0,1 мл. аралашмаган зардобни 50- 70 мин сўнг киргизилади. Агар бутун дозага реакция кузатилмаса.

### **Даволаш**

Бошланган қоқшолни давоси куйидаги мақсадлардан иборат бўлиши керак:

- 1) токсин ишлаб чиқарувчи қўзғатувчини максимал даражада бартараф қилиш керак
  - а) бу жарохатни бирламчи хирургик ишлови – жарохатни кенг очиб қолдириш керак
  - б) антибиотикотерапия – 10000000 – 40000000 ЕД пеницилин
- 2) ( одам қоқшол анатоксини ёрдамида 30000 – 40000 МЕ) токсинларни максимал миқдорда боғлаш керак
- 3) Нафас йўллари йўтказувчанлигини таъминлаш керак (трахеостомия, мушак релаксантлари ва ўпкаларни суъний вентилияцияси)
- 4) Кўндаланг полосатый мушакларини рефлектор қўзғашини бартараф этиш керак ва тиришишларни олдини олиш лозим (седатив моддалар, барбитуратлар, нейролептиклар , миорелаксантларгача)
- 5) Катта миқдордаги истемол калорияларни компенсациясини таъминлаш керак (хар 5-6 с. Овқатланиш учун уйғотиш керак , парентерал озиқланиш)
- 6) Асоратларни олдини олиш.

### **КУЙДИРГИ**

**Куйдиргини қўзғатувчиси** – цилиндрсимон таёқча, жуда чидамли спораларни хосил қилади.

Касаллик одатда касалланган хайвонлар ёки уларни маҳсулотлари билан контакти орқали пайдо бўлади.

Қўзғатувчи таркиб топган хаво билан нафас олинса уни ўпка шакли ривожланиб қўп холатларда ўлим билан якунланади.

Ичак шакли инфекцияланган махсулотларни истемол қилинганда ривожланади. Куйдирги энтерити оқибатида ўлим содир бўлади.

Тери шакли – терини майда жароҳатлари орқали микроорганизмларни кириши оқибатида пайдо бўлади. Жароҳат кириш дарвозаси ёнида кичкина кизил пуфакча пайдо бўлади ва у жуда қичишади. Катта хажмла инфилтрат яқинида куйдирги пустуласи пайдо бўлиб, уни марказида биринчи жигарранг қўнғир сўнг қора қўтир чуқурчасимон некроз ривожланади, уни диаметре 2,5 смли бўлади. ( куйдирги карбункули).

Касалликни ташхисланиши касални касбини аниқлашда назоратга тутилади. (қассоб, фермер ва х.к.), бу одатда 1 ҳафта охирида аниқланади.

### **Давлаш**

- тинчлик , иммобилизация, мазли боғламлар
- Антибиотикотерапия (пеницилин 5дан то 20 млгача. Ед суткада 1-2 ҳафта )
- Оператив даво қарши кўрсатилган, чунки жараённи генерализациясига ва септик холатга олиб келиши мумкун.
- Специфик даво: куйдиргига қарши зардобни 50дан то 100 мл дозада киртиш. Бундан ташқари сальварсанни 0,6 – 0,9 гр в\и киритиш тавсия этилади.

### **ЯРАЛАР ДИФТЕРИЯСИ**

Дифтерия бактерияси ёки Леффлер таёқчаси токсин ишлаб чиқариши билан хавфлидир, у юрак қон томир системасини шикастлаб бир қанча нерв толаларини фалажига, аккомодацияларга олиб келади, делтасимон мушакларни ва хиқилдоқни парезига олиб келади. Антисептикадан олдинги вақтларда яралар дифтерияси қўплаб хирургик клиникаларни “меҳмони” хисобланади, айниқса болалар бўлимини.

Яралар дифтериясида клиник манзара белгилари:

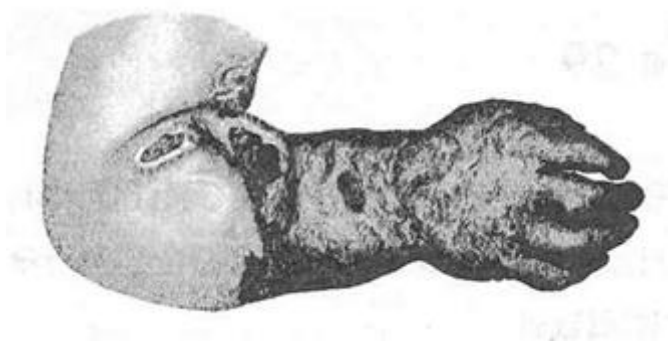
Тоза грануляциялар секин аста суссайиб кул ранг сариқ тусга киради. Карашлар хосил бўлиши намоён бўлади. Атроф тўқималар кўк қизил тусга кириб инфильтрат пайдо бўлади. Яққол ҳолатларда кўк кул ранг карашлар шишасимон грануляцияларда пайдо бўлади.

Яралар дифтерияси нафақат улар секин битиши билан хавфлидир улар кўзғатувчиси қон оқимиға тушишидан янада хавфлидир.

### **Даволаш**

Яралар дифтериясини даволашда кўзғатувчини бартараф қилишга йўналтирилади, дифтерияға қарши зардоб билан шимилган боғламлар , компрессорларни қўйиш керак, ультрафиолет нурлари билан нурлаш ва маҳаллий антисептик билан даволаш. Бир вақтни ўзида 6-8 кун давомида антибиотиклар қўлланилади. Безредко усулида м/и дифтерияға қарши зардобни 25000-50000 АЕ дозада киритиш.

## **ГАЗЛИ ГАНГРЕНА**



Хозирги вақтда камдан кам ифлосланган тупроқларда ва ўқ еган жарохатлардан сўнг учраши мумкун.

Ушбу бактериялар анаэроб споронос таёқчалардан келиб чиқган.

Анаэроб бактерияларға кучли токсинларни ишлаб чиқариш хусусияти берилган улар бириктирувчи тўқим ва мушакларни некрозига олиб келади. Уларни бошқа бир хусусияти гемолиз чақириб, қон томирлар тромбозига, миокард, жигар , буйраклар зарарланишиға олиб келади. Анаэробларға тўқималарда газ хосил қилиб яққол шишға олиб келади. *CL . perfringens*га газ

хосил қилиш, CL. Oedematiens учун –шиш , CL. Hystolyticus учун тўқималар некрози хосдир.

Анаэроб инфекцияни бир қанча тасодифий ходисалар натижасида ривожланиши патоген анаэробларни кескин кўпайишига олиб келади. Бу ҳолатларга жароҳатни жойлашиши ва хусусияти ҳамда организмни умумий ҳолати ва жароҳатдан кейинги ўтган кунлари киради.

Шунинг учун анаэроб инфекцияни маҳаллий ривожланиши омилларига куйидагилар киради: большой объем некротизированных и плохо оксигенируемых тканей,

- Мускул ва суякларни кенг қамровда шикастланиши
- Чуқур жароҳат канали
- Ташқи муҳит билан яхши киришишга эга бўлмаган жароҳатни бўлиши
- Магистрал қон томирлар шикастланиши билан келиб чиқадиган ишемия, узоқ вақт давомида қўйилган жгут.
- Анаэроб гангрена патологик ўзгаришлари асосида ўткир сероз-альтернатив яллиғланиш киради, жароҳат соҳасида тўқималарни яққол некротизланиши ва оғир умумий интоксикация

Шиш тез ривожланиши натижасида, ички фасциал босим ошади, тўқималарни ишемизациясига ва касалликни жадалланиб кетишига олиб келади. Қон-томиларга токсик таъсир ўтказилиши натижасида веналар тромбози хосил бўлиб, қон айланишини яққол суссайтиради.

Токсинлар таъсирида гемолиз ривожланиб, ундан хосил бўлган қолдиқ моддалар мускуллар парчаланишидан хосил бўлган моддалар билан биргаликда (миоглобин) клетчатка ва териға имбибицияланади, шуларни натижасида терида кўк, бронза ёки хаворанг рангад доғлар хосил бўлади. (анаэроб гангрени эски номи – бронза ёки хаворанг сарамасдир).

Анаэроб гангренага мос хусусиятлардан бири бу газни хосил бўлишидир. Водород ва углекислотадан ташкил топган газ пуфакчалари хужайра аро бўшлиқларига инфильтрацияланаб ўзига хос белгилар келтириб

чиқаради.

Жарохат соҳасида яққол ривожланган маҳаллий жараён қонга микроб токсинларини ва парчаланиш натижасида ҳосил бўлган моддаларни резорбциясига олиб келади.

### **Анаэроб инфекцияни клиник шакллари**

Клиник кечиши хусусиятига кўра анаэроб гангрени куйидаги турларга бўлиш мумкун:

- Мускуллар шикастланиши билан кечадиган тури (клостридиал миозит) – бу классик шакли деб аталади.
- Тери ости клетчакаси билан кечадиган тури (клостридиал целлюлит) – шиш-классик шакли.
- Аралаш шакли, бунда юмшоқ тўқимани ҳамма тури жараёнга тортилган бўлади.

Клиник кўриниши тезлигидан 3 шклга бўлинади:

- яшин тезлигидаги
- тез ривожланиб боровчи
- секин ривожланиб боровчи.

Анаэроб гангрена одатда 3 сутка давомида намоён бўлади

Яшин тезлигидаги шкалида инкубацион давр бир неча соатларни ташкил қилади. Касаллик қанча эрта бошланса, у шунча оғир кечади, ва оқибати кескин ёмонлашади.

### **Маҳаллий белгилар**

Беморлар жарохат соҳасида қисувчи оғриқларга, шикастланиш даврида оғриқлар суссаяди, сўнг юмшоқ ёки гипс боғламини қўйилгандан кейин шиш натижасида келиб чиқадиган қисилиш хиссига шикоят қилишад.

Анаэроб инфекцияни маҳаллий белгилари куйидагилардан иборат :

1. Жарохатни ташқи кўриниши:

- Боғлам ечилгандан сўнг шикастланиш куруқ жонсиз кўринишга эга бўлади. Бадбўй хидга эга бўлаган ажралма ажралади.
  - Жароҳат устидаги тери ушланганда совук, оч тусда, цианотик кўринишда. Баъзида унда бронза ва хаворанг тусга эга бўлган доғлар пайдо бўлади ва шикастланган ва кенгайган юза веналарини кўк рангдаги тармоқлари кўриниб туради.
2. Клетчатка ҳам шишган, қон билан имбибиция қилинган. Шикастланган мускуллар “пишган гўшт” тусига кирган. Улар шишган, кўк жигарранг тусда, ва худди жароҳатга сиғмай кетгандей, жароҳат ташқарисидан ортиб туради.
  3. Жароҳат атрофида проксимал томонгаяққол ва кенг ривожланган шиш. Аъзо шакли хажмга нисбатан каттаяди. Тери устида илгари қўйилган бўғлам излари кўриниб туради. Шишни тез кучайиши *Мельников симптомига олиб келади.* (оёқ-қўл атрофида боғланган ип 20-30 дақиқадан сўнг терига кириб боради).
  4. Газни ҳосил бўлиши турли даражада намоён бўлиши мумкун. бунда пайпаслаганда крепитация белгисини аниқлаш мумкун. Тери қирилганда жароҳат атрофида металллик товушларни эшитиш мумкун- “бритвани лезвияси” симптоми. Тукиллатиб кўрилганда металл товушини эшитилади- *Шпатель симптоми.* Жароҳат соҳасида газларни тўпланиши жароҳатдан тампон олятган вақтда шампан пробкаси чиқиши сингари овоз–*шампан пробки симптоми* эшитилади.
  5. Гангрени эмфизематоз шаклида энг диагностик машхурликка рентген текшируви киради. Рентгенограммада одатда газ топланиши натижасида патсимон, қаватсимон кўринишга эга мускул толалари кўринади–Краузе симптоми.
  6. Ташхисни аниқлаш учун бактериологик текширувлар олинади.

### **Даволаш**

Анаэроб инфекцияни давоси комплекс бўлиб маҳаллий хирургик ва умумий даводан ташкил топиши керак. Даволашни мувоффақияти, уни

барвақт ташхисланиши, комплекс даво ва бемор парваришидир.

### **Хирургик даво**

Оператив даво ташхис аниқлаб бўлагнадан кейингина ўтказилиши лозим чунки давони бир ёки ундан ортиқ соатларга узайиб кетиши бемор ҳаётига катта хавф солади. Анаэроб гангренада уч хил ташрих ўтказилади.

**1. Кенг, «лампассимон» кесмалар,** жарохат устидан бўйига йўналтирилган кесмалардир.

**2. Кенг некрэктомия** – зарарланган жойни кесиб олиб ташлаш (клетчатка, мускуллар, фасциялар) кесмага нисбатан радикал операция бўлиб ҳисобланади..

**4. Оёқ-қўл ампутацияси ва экзартикуляцияси** анаэроб гангрени радикал даво усули ҳисобланиб инфекция танага тарқалишидан олдин бемор ҳаётини сақлаб қолишда катта аҳамиятга эга.

### **Умумий даво**

**Специфик даво** антигангреноз зардобларни қўллашга киради. Битта даволовчи хусусиятига эга 150000 МЕ поливалент антигангреноз зардоб киради (ёки 50000 МЕ зардоб антиперфрингенс, антисептик, антиэдематичес). Анафилактик реакцияни олдини олиш мақсадида зардоб в/и наркоз орқали юборилади. Бемор ҳолатига кўра зардобни қайта юбориш мумкин.

Носпецифик даво қуйидаги тадбирлардан иборатдир:

- Вени ичига кўплаб инфузияларни юбориш суткада 4 литргача;
- Қон, плазма, қон ўрнини босувчи моддаларни қўйиш.
- Умумий антибактериал даво (анаэробларга замонавий антибиотиклар самаралидир— аугментин, тиенам ва б., метронидазол),
- Тинчлик, кўп калориялик овқатланиш;
- Хайт учун муҳим фаолиятларни коррекцияси.

## **Профилактика**

Анаэроб инфекцияни профилактикаси катта аҳамиятга эга. Уни асосини куйидаги тадбирлар эгаллайди:

Жароҳат соҳасини эрта радикал хирургик ишлови, бунда жароҳат канали кенг очилиб, патогенных анаэробларни кескин кўпайишига субстрат бўла оладиган, некрозга учраган тўқималарни бутунлай олиб ташлаш киради.

- Эзилган, ўқ тегиши натижасида олинган жароҳатларни хирургик ишлови бирламчи чок кўйиш билан тугамаслик керак (махсус кўрсатмалар бундан мустасно).
- Анаэроб гангрени профилактикаси учун нг катта аҳамиятни жароҳатга барвақт киритилган антибиотиклар ўйнайди.
- Анаэробн гангрени профилактикасида транспорт ва даволаш иммобилизацияси, қон тўхтатувчи жгутни назоратда кўйилиши ва зарарланган жароҳатни совуқ қотишдан, музлашдан олдини олиш муҳим аҳамиятга эга.
- Анаэроб инфекция шартли контагиоз ҳисобланади. Қўзғатувчиларни споралари эса – термостабил.

## **СУЯК ВА БЎҒИМЛАР СИЛИ**

Суяк ва бўғимлар сили умумий сил касаллигини жараёнини кўриниши ҳисобланади. У ҳамма ёшда учрайди. Суяклар силида бирламчи инфекция аввал ривожланиб сўнг гематоген йўли билан суякларга етиб боради. Бунда узун найсимон суякларни қон-томирларга бой спонгиоз ўсиш соҳаларни зарарлайди.

Касаллик қўзғатувчиси остеомиелитда ва суяклар силида бир хилдир, лекин тарқалиш йўллари турли хил бўлади.

Сил одатда катта бўғимларни зарарлайди: тизза, тоз-сон, елка бўғимларини.

### **Бўғимлар силини шакллари:**

- синовиал-экссудатив

- фунгиоз (оқ хосила)
- суякли шакли

### **Клиник манзараси:**

Маҳаллий белгилар: оғриқ, шиш, фаолиятни бузилиши, бўғим деформацияси, оёқ-қўллар атрофияси.

Умумий белгилар: тана ҳарорати юқорилиги, оғриқ, оғир йирингли интоксикация клиникаси .

### **Суяк-бўғим силини диагностикаси**

- рентгенологик усуллар
- туберкулинли синамалар (Пирке, Манту)
- гистологик ва микроскопик текширувлар

### **Даволаш**

Консерватив даво:

- антибактериаль химиотерапия
- овқатланиш
- даволовчи жисмони тарбия

Оператив даво:

- пункция
- йирингни очиш
- суяк ва бўғимлар резекцияси
- ампутация

### **АКТИНОМИКОЗ**



Касаллик, нурсимон замбуруғлар билан чақирилиб , инсон турли аъзо ва тўқималарини зарарланишига олиб келади, сурункали кечади абсцесслашган инфилтратларга олиб келади.

Нурсимон замбуруғлар—мустақил гуруҳдаги микроорганизмлар хисобланиб **замбуруғ ва бактерия хусусиятига эга**. Анаэроб ўсувчи актиномицета инсонда ишемияга учраган тўқималарга тушгандагина ривожланади.

Замбуруғ колонияларни тузилишига кўра (друзалар) комбинацияларни радиал жойлашиши кўринишига эга. Битта друза игнатугмани бошчасига ўхшайди, уни оч-сарик тугунчасини микроскопсиз кўриш мумкун.

Организм тўқималарида сурункали прогрессив яллиғланиш кечиши дисксимон инфилтратларни ҳосил бўлишига олиб келади, улар кўк-қизил тусга эга бўлиб, оқма яраларни ривожланишига олиб келади ва улардан йииринг ва друзалар ажралади.

Актиномикозни асосий шакллари:

- тери ости
- шиллик
- цервикал
- ўпка
- ичак

Актиномикоз қўзғатувчиси қонга тушса, жигарга, ўпкаларга, бош миёга бўғимларга метастазлаши мумкун.

### **Даволаш.**

Даволаш комплекс ва индивидуал бўлиши керак.

1. актинолизат мускул орасига ёки тери остига ҳафтада 2 марта юбориш мумкун, 25 инъекция.
2. Антибактериал даво асосан носпецифик микрофлорани бартараф этишга йўналтирилган.
3. Йод препаратлари.

4. Физиотерапия (ўчоқ соҳасига ультратовушни қўллаш).
5. Стимулловчи ва дезинтоксикацион терапия.
6. Гемопозни стимулловчи воситалар.
7. Хирургик даво зарарланган ўчоқни радикал олиб ташлашга йўналтирилган.

## **ЗАХМ КАСАЛЛИГИ**

Суяк ва бўғимларни зах касалликлари жуда кам учрайди ва асосан учламчи (кечиккан захмда) пайдо бўлади. Иккиламчи захмда калла суягида, болдир ва кукрак қақасида специфик перостлар пайдо бўлади. Туғма захм билан туғилган болаларда, суяклариди периостлар тўпланиб суяклар деформацияланиб “киличга” ўхшаб кетишади.

Учламчи захмда куйидагилар учрайди:

- гуммоз периостит (суяк усти пардасини ички қисмидан бошлаб, гаверс каналини ичидан ўтиб ва ясси шишларга олиб келади).
- Гуммоз остит (суякларни хамма қисми зарарланади, майда суяклар зараланиши билан кузатилади- бурун суягини хам; эгарсимон бурун)
- Бўғим захми (катта бўғимларни зарарлайди, у ерда захм замбуруги пайдо бўлиб, бўғим фаолиятини суссайтиради).
- Остеомиелит (суяк пардаси остида гуммалар хосил бўлиб, секвестрлар хосил бўлишига олиб келади).

## **Даволаш**

Учламчи захмни самарали даволаш учун йод, пенициллин, препаратлари қўлланилади. Иккиламчи инфекция қўшилса жаррохлик йўли билан даволанади.

## **ВАЗИЯТЛИ МАСАЛАЛАР**

*Масала №1.* Бемор С., 52 ёш ўнг болдир суягини сонни бирдан уч қисмига газли гангрена аниқланди.

Беморга қандай ташрих ўтказасиз? Қандай специфик даво чораларини ўтказасиз? Гипербарик оксигенация ўтказса бўладими?

*Масала №2.* Бемор , 43 ёш, боғда ер чопятиб чап оёқ болдир соҳасини шикастаб олди. Юзада жойлашган жароҳат юзаси жигарранг копқлама билан копланиб беморни умуман безовта қилмаган. Лекин жароҳатланишга 10 кун ўтгач беморда кучли бош оғриқлар, кувватсизлик, кўп терлаш, жароҳат соҳасида суст оғриқлар ва жароҳат атрофидаги мускулларни тортишиши ва зўриқланиши бошланди. Бир оздан сўнг чайнаш мускулларини толиқиши ва овқат қабул қилатганда уларни зўриқиши оғизни очишга қийналиши кузатилди. Бемор маҳаллий шифокорга учраган лекин у беморни стоматологга юборган.

Участка шифокори тўғри иш тутганми? Беморда қандай касаллик кузатиляпти? Бемор қайси бўлимда бўлиши керак? Мазкур ҳолатда беморга қандай даво ўтказиш керак?

*Масала №3.* Реанимация бўлимига 12 ёшли бола келтирилди. Ота онасини сўзи бўйича бир ҳафта олдин бола яланг оёқ юғурганда товонига тикан кириб кетган. Кўрув вақтида беморни тана ҳарорати кутарилган 42 Сгача, пулси тезлашган 130та 1 дақ.нафас олиш тезлиги ошган 32 марта 1 дақ. Мазкур фон асосида беморда юз мускулларини қисқариши , пешона ва ёноқ соҳаларида чуқур тиришлар пайдо бўлган. Тиришишлар секин аста бўйин, орқа ва қўл ва оёқ мускулларига тарқалган, уларни спастик қисқаришига олиб келган ва кескин тана ва қўл оёқларини букилиши кузатиларди.

Беморга қандай ташхис қўйиш лозим? Беморҳолатини оғирлик даражаси қандай? Беморга биринчи навбатда қандай реанимацион даво чоралари қўлланиши зарур? Мазкур ҳолатларда қандай даво ўтказиш керак?

*Масала №4.* Амбулатор бемор томоғида ноқулайлик хиссига, ютинишда қийналятганига, қоқиниб кетишига шикоят қилди. Бундан ташқари унг

кўлида 3 hafta олдин зира олинган жарохат соҳасида симилловчи оғриқлар пайдо бўлган. Юқоридаги шикоятлар 2 кундан бери кучайиб бормоқда. Бемор томоғини қийинчилик билан кўрилди чунки бемор оғзини яхши очиб бераолмади. Нима ҳақида ўйлаш мумкун? Сизни диагностик ва даволаш чора тадбирлариз.

*Масала №5.* Маҳаллий шифохонага думба постъинекцион абсцесси ташҳиси билан бемор келтирилди. Бемор 10 кундан бери хаста. Чап думба ва чап сонида оғриқлар бор, ўзини ёмон ҳис қиляпти, ва уйқуси бузилган. Тана ҳарорати 38,5С. 3 кун олдин абсцесс очилган эди лекин бемор енгиллик ҳис қилмади. Кўрилганда чап думба соҳаси ўнгдан кўра каттароқ. Шиш сон ва қорин ён бош қисмига тарқалаяпти.

Чап думба соҳасида узунлиги 3 см бўлган жарохат бор ундан бадбўй кўнғир жигарранг рангда йиринг ажралиб чиқмоқда. Сизни тахминий ташҳисингиз? Сизни даво чораларингиз?

## **ТЕСТЛАР**

### **СПЕЦИФИК ХИРУРГИК ИНФЕКЦИЯ.**

**1. Жарохат тупроқ билан ифлосланганда қандай касаллик келиб ривожланиши мумкун**

1. Куйдирги.      2. Сил.      3. Қоқшол. \*
4. Актиномикоз.      5. Газли инфекция.\*

**2. Сурункали специфик хирургик инфекция вакилларига киради:**

1. Сил.\*      2. Куйдирги.      3. Сифилис.\*
4. Актиномикоз.\*      5. Қоқшол.

**3. Сурункали специфик хирургик инфекция сурункали носпецифик хирургик инфекциядан клиник жихатдан қандай фарқланади?**

1. Специфик қўзғатувчиси билан.\*    2. Хар бир касаллик учун специфик симптомлари билан.\*    3. Диагностикани хусусияти билан .\*
4. Комплекс терапияда специфик даво ўтказиш.\*    5. Бошланиши сурункали кечади. \*

#### **4. Силда қандай зарарланиш мумкун?**

1. Нафас йўллари орқали.\*    2. Овқат хазм қилиш тракти орқали.\*    3. Янги жароҳатлар, куйишлар, яралар.\*    4. Плацента орқали.\*
5. Шиллиқ қаватлар орқали (томоқ, хиқилдоқ).\*

#### **5. Сил диагностикаси нимага асосланади:**

1. Клиник текширув усуллари.\*    2. Рентгенологик текширув усуллари.\*
3. Туберкулин билан тери синамаларида.\*
4. Микробиологик текширув усуллари .\*
5. Гистологик текширув усуллари .\*

#### **6. Хирургик сил тушунчасига қйидагилар киради:**

1. Абдоминал.\*    2. Ўпка.\*    3. Сийдик йўллари.\*
4. Суяк-бўғим.\*    5. Лимфа тугунларини сили.\*

#### **7. Абдоминал силда энг кўп зарарлайдиган аъзоларни кўрсатинг:**

1. Қорин парда.\*    2. Ичак.\*    3. Ошқозон.\*
4. Талок,    5. Ошқозон ости беzi.

#### **8. Сил лимфаденитида қуйидаги периферик лимфотугунлар зарарланади:**

1. Чов. 2. Қўдтиқ ости.\* 3. Ўмров усти.
4. Жағ ости .\* 5. Бўйин.\*

**9. Сил лимфаденити куйидаги шахсларда кузатилади:**

- А. Катталарда . Б. Қарияларда. В. Болаларда ва ўспиримларда. \*
- Г. Хомиладорларда. Д. Барчасида .

**10. Бўйин сил лимфаденитини куйидагилар билан қиёсий ташхислаш керак:**

- А. Лимфогранулематоз билан.
- Б. Лимфосаркома билан.
- В. Ёмон сифатли ўсмаларни метастазлари билан .
- Г. Носпецифик йирингли лимфаденит билан.
- Д. Барчаси билан. \*

**11. Ўткир носпецифик хирургик инфекция куйидаги қўзғатувчилари орқали чақирилади:**

1. Қоқшол таёқчаси . 2. Куйдирги таёқчаси . 3. Газли инфекция қўзғатувчиси. 4. Гемолитик стрептококк.\* 5. Леффлер таёқчаси . 6. Кўк йиринг таёқчаси .\* 7. Ичак таёқчаси . \*

**12. Йирингли хирургик специфик инфекцияга куйидагилар киради:**

1. Фурункул.
2. Куйдирги карбункули.\*
3. Ўткир тромбофлебит.
4. Актиномикоз.
5. Анаэроб инфекция.\*

**13. Қайси инфекция турида куйида келтирилган жараёнлар кузатилади**

**а) газли флегмонани чегараланиш босқичи; б) газли флегмонани тарқалиш босқичи; в) гангрена босқичи; г) сепсис босқичи**

- А. Ўткир носпецифик хирургик инфекция.
- Б. Сурункали носпецифик хирургик инфекция .
- В. Ўткир специфик хирургик инфекция.\*
- Г. Сурункали специфик хирургик инфекция .

**14. Сил билан куйида келтирилган бўғимлар кўпроқ зарарланади**

- А. Тоз-сон бўғими.
- Б. Тизза.
- В. Елка.
- Г. Тирсак.
- Д. Барчасида .\*

**15. Сил касаллигида суяклар ва бўғимлар куйидаги йўл билан зарарланади**

- А. Гематоген йўл .\*
- Б. Per continuitatem.
- В. Лимфоген йўл.
- Г. суяклар очик синиши ва бўғим капсуласини шикастланишидан.
- Д. Куйидагилардан барчасидан.

**16. Жойлашиши бўйича суяк-бўғим силени қайси шакли кўп учрайди:**

1. Умуртқа поғонаси сили (спондилит).\*
2. Кала суяги сили.
3. Тос- бўғим бўғими сили. (коксит).\*
4. Тизза усти соҳаси сили.
5. Тизза бўғими сили (гонит).\*

### **17. Суяк силида ўчоқни жойлашиши куйидагича бўлади:**

1. Узун найсимон суяк диафизидан
2. Узун найсимон суяк эпиметафизларида.\*
3. Калта суяклар танасида (умуртқа поғонаси суяклари, кафт суякларида,)\*
4. Ясси суякларда (калла суяги, курак суяги).
5. Суякларни бутун қисмида бир вақтни ўзида.

### **18. Бўғим силида жараён қаердан бошланади:**

А. Синовиал қобиғдан. Б. Суяк тўқимасидан. \* В. Бирданига синовиал қобиғ ва суяк тўқимаси зарарланади. Г. Суяк устипардаси. Д. Бўғим атрофида жойлашган тўқималардан.

### **19. Куйидаги пастда келтирилганлардан қайси бири суяк силига таалукли (сурункали гематоген остеомиелитидан фарқи):**

1. Узун найсимон суякларини эпиметафизини шикастланиши.\*
2. Сил касаллигини очик шакли билан оғриган беморлар билан мулоқот қилиш.\*
3. Яқинда жойлашган бўғимларни зарарланиши.\*
4. Совуқ абсцессларни ривожланиши. \*
5. Рентгенограммада суякларни - “эриган оқ-қанд” секвестрларини пайдо бўлиши.\*

### **20. Суяклар силини рентгенологик белгиларини кўрсатинг:**

1. Остеопороз.\*
2. Периостит.
3. Периоститни бўлмаслиги.\*
- 4.” Эриган оқ-қанд” секвестрларини пайдо бўлиши.\*
5. Остеосклероз.

**21. Суяк-бўғим сил касаллигида совук абсцесслар пайдо бўлади. Улар қандай фарқланади:**

1. Ўткир маҳаллий яллиғланиш реакциясини бўлмаслиги.\*
2. Абсцесслар фибрин ва казеоз моддалар билан тўлган лойқа суюқлик.\*
3. Абсцессларни таркиби касаллик бошида "стерил" бўлади. (оддий шароитда экиб қўрилганда).\*
4. Абсцесслар ёрилганда узок битмедиган оқма яралар ҳосил қилади. \*
5. Организмни яққол реакцияси.

**22. Қоқшолни умумий ва маҳаллий асосий белгиларни кўрсатинг:**

1. Чайнаш мускулларини тризми.\*      2. Жароҳатда тортувчи оғриқлар . \*
3. Жароҳатдаги мускуллар фибрилляцияси.\*      4. Опиостотонус.\*
5. Қувватсизлик ва кўп терлаш. \*

**23. Қайси касаллик миорелаксантларни киритиш ва нафас олишни бошқаришни талаб қилади:**

А. Чириган парапроктит.    Б. оёқлар газли гангрени.    В. Қоқшол \*    Г. Ўткир медиастинит.    Д. Куйдирги.

**24. Куйдиргини тери шакли кимларда учрайди:**

- А. Фермерларда.    Б. Механизаторларда.    В. Парикмахерларда.
- Г. Ўрмончиларда .
- Д. Тери саноат ишчиларида. \*

**25. Куйдирги куйидаги шакллар билан ифодаланади:**

1. Тери.\*    2. Менингиал.    3. Ўпка.\*
4. Ичак.\*    5. Буйрак.

**26. Суяк-бўғим силида даволашда қўўлланиладиган 3 асосий ташрих турларини белгиланг( П.Г. Корнев бўйича):**

1. Радикал (зарарланган ўчоқни олиб ташлаш).\*
2. Даволовчи-кўмакловчи (зарарланган ўчоқ олиб ташланмайди). \*
3. Коррекция ва тикловчи.\*
4. Оёқ-қўллар ампутацияси.
5. Бўғим пункцияси.

**27. Суяк- бўғим силини комплек давосида куйидаги антибактериал кимёвий воситалар қўлланилади :**

1. ПАСК.\*    2. Фтивазид.\*    3. Салюзид.\*    4. Канамицин.    5. Стрептомицин.

**28. Актинамикоз кўзғатувчисини кўрсатинг**

- А. Кох бациллasi.    Б. Актиномицет. \*    В. Оч ранг спирохета.
- Г. Bacterium tetani.    Д. Bacterium anthracis.

**29. Жойланиши бўйича актиномикоз куйидагича бўлади:**

1. Тери .\*
2. Абдоминал.\*
3. Торакал.\*
4. Суяклар .\*
5. Буйраклар ( сийдик-йўллари ).\*

**30. Актиномикоз диагностикаси нимада асосланади:**

1. Клиник текширув усулларида.\*
2. Рентгенологик текширув усулларида.\*
3. Комплемент боғловчи серологик реакцияларида.\*
4. Балғамни микроскопик текширувларида (йиринг, оқма яра ажралмалари).\*
5. Актинолизат биоан реакцияларида .\*

**31. Актиномикозни комплекс даволашга нималар киради :**

1. Специфик иммунотерапия.\*
2. Антибактериал препаратлар.\*
3. Хирургик даво.\*
4. Рентгенотерапия (махаллий).\*
5. Қон қуйиш .\*

**32. Туғма захм учун Гетчинсон триадаси хосдир:**

1. Шох пардани хиралашиши (кератит).\*
2. Стоматит.
3. Битта ёки иккала кулоқлар карлиги.\*
4. Гайморит.
5. Юкори олдинги тишларни пастки қисмида ярим ойсимон кесмалари бўлиши .\*

**33.Захмни клиник кечишида 3 босқични кўрсатинг :**

1. Ўткир.
2. Сурункали.
3. Бирламчи\*

4. Икккиламчи.\* 5. Учламчи. \*

**34. Захмни жаррохлик патологиясига кирилиши куйидагилар сабачидир:**

1. Яралар борлиги.\* 2. Оқма-яралар борлиги.
3. Периферик қон-томирларини шикастланиши (эндартерииты).\*
4. Суяклар шикастланиши (оститлар, остеомиелитлар).\*
5. Бўғимлар шикастланиши (артритлар, артропатиялар).\*

**35. Куйдиргини тери турида инкубационн давр куйидигдек бўлади**

- А. 1 сутка. Б. 2дан то 14 суткагача. \* В. 3 хафта.
- Г. Бир ой. Д. 1,5ой.

**36. Жолашиши бўйича куйдиргини тери турида биринчи ўринда:**

- А. юз ва бошнинг соч қисми. \* Б. Қўллар.
- В. Оёқлар . Г. Бўйин. Д. Бел соҳаси.

**37. Яралар дифтериясини қўзғатувчиларини аниқланг:**

- А. Стафилококк. Б. Кокк таёқчаси. В. Ноклостридиал анаэроблар.
- Г. Леффлер таёқчаси.\* Д. Ичак таёёқчаси.

**38. Яралар дифтериясини маҳаллий белгиларини белгиланг:**

1. Кул ранг ва сариқ рангларда бўлган, атроф тўқималар билан ёпишган фиброз пленкаларини бўлиши.\*
2. Атроф тўқималардан тез ажраладиган оқ фибрин ларни бўлиши.
3. Пленка олиб ташланганда яра қонаб кетиши \*
- 4.Кўп миқдорда йирингли экссудат ажаралиши.
5. Яра атофидаги тўқималар инфильтрацияси.\*
6. Яра четлари кул рангда бўлиши.
7. Яра четлари қизил рангда бўлиши.\*
8. Регионарлимфаденит.\*
9. Яра атрофи крепитация бўлиши.

**39. Яралардан олинган пелнкани бактериологик текширилса дифтерияни ташхисини аниқлаш мумкунми?**

А. Ха.\*    Б. Йўқ.

**40. Тери актиномикозини клиник манзарасини белгиланг**

- А. Терини тўқ-қўнғир ранги.\*    Б. Тери оқиш рангда бўлиши.
- В. Йирингли –геморрагик ажраламалар ажратадиган оқма-яраларни бўлиши.
- Г. Кул ранг ва сариқ рангдаги друзлар таркибига кирадиган йирингли оқма яраларни бўлиши.\*

**41. Яралар дифтерияси билан оғриган беморларни қандай даволайсиз:**

1. Бемор изоляцияси ва тинчлик.\* 2. Безредко бўйича дифтерияга қарши зардобни жўнатиш 2000-4000 АЕ микдорда.\* 3. Антибиотиклар ва дифтерияга қарши зардоб билан боғламлар қўйиш. \* 4. Гипербарик оксигенация. 5. Вишневский малхами билан боғлам қўйиш.

#### **42. Қоқшол профилактикасини турлари:**

1. Специфик.\* 2. Поливалент. 3. Носпецифик.\*  
4. Мажбурий. 5. Барчаси .

#### **43. Шикатланиш турига қараб қоқшолни синфланиши:**

1 Ярали.\* 2. Ташрихдан кейинги.\* 3. Пастки.  
4. Қуйишдан кейинги.\* 5. Совуқ уришдан кейин.\*  
6. Чақалоқлар қоқшоли..\* 7. Юқори.

#### **44. Тарқалиши бўйича қоқшолни синфланиши:**

1. Умумий.\* 2. Маҳаллий.\* 3. Юқори.\*  
4. Пастки. 5. Пастга тушувчи.\* 6. Иккиламчи

#### **45. Қоқшолни клиник манзараси:**

1. Дисфагия.\*  
2. Жарохатда кескин, тортувчи оғриқ бўлиши, тўқималарнинг яққол ишиши.  
3. Чайнаш мускулларини тиришишини ўткир бошланиши\*  
4. Тиришишларни, тана, оёқ-қўлларга тарқалиши.\*

5. Тана хароратини кескин қўтарилиши, терлаш, совқотиш.\*

6. юз мимик мускулларини тризми.\*

**46. Куйдиргини қўзатувчисини аниқланг:**

A. Bacteroidis fragms. Б. Bacteroidis melaninogenius.

B. Cl. tetani. Г. Cl. perfringens. Д. Bacillus anthracis.\*

**47. Куйдиргини клиник шакллари танланг:**

1. Тери.\* 2. Буйракларни зарарлаш шакли. 3. Ичак шакли.\*

4. Ўпка шакли.\* 5. Мия шакли. 6. Қон-томир шакли.

**48. Куйдиргини қайси шакли энг кўп учрайди:**

A. Тери.\* Б. Ичак. В. Ўпка.

**49. Куйдирги карбункули учрамайдиган сохани танланг:**

A. Бошни сочли қисми.\* Б. Белда . В. Сон.

Г. Елкаларда. Д. Қорин деворида.

**50. Куйдирги карбункулини асосиц даволаш принципларини танланг:**

1. Антибиотикотерапия.\*

2. Боғламлар қўйиш.\*

3. Карбункулни кесиб олиш .
4. Жаррохлик даво қўлланилмайди.\*
5. Специфик даво (куйдиргига қарши зардобни бўлиши, глобулин).\*

*Фойдаланилган адабиётлар:*

*Цитирование:*