



ЎЗБЕКИСТОНДА ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРНИНГ ЖАРРОҲЛИК ИНФЕКЦИЯСИ МУАММОЛАРИ ВА ҲОЛАТИ

Охунов Алишер Орипович

т.ф.д., профессор, 1-умумий ва болалар хирургия кафедраси мудири,
Тошкент тиббиёт академияси

Касимов Улугбек Куркмасович

т.ф.н., доцент, 1-умумий ва болалар хирургия кафедраси доценти,
Тошкент тиббиёт академияси

Атаков Сарвар Султонбоевич

т.ф.н., доцент, 1-умумий ва болалар хирургия кафедраси доценти,
Тошкент тиббиёт академияси

Ёркуллов Аббос Шерали угли

1-умумий ва болалар хирургия кафедраси ассистенти,
Тошкент тиббиёт академияси

Аннотация: Мақолада Республика қандли диабетнинг йирингли жарроҳлик ва жарроҳлик асоратлари марказида даволанган беморларнинг 2022-йилдаги натижалари асосида Ўзбекистонда йирингли жарроҳлик хизматининг ҳолати ҳақида сўз боради. Таҳлил юмшоқ тўқималарнинг йирингли-некротик касалликлари бўлган 2001 бемор ўртасида ўтказилди. Даволаш натижаларини таҳлил қилиш асосида асосий нозологиялар аниқланди ва ушбу патология билан даволашнинг қониқарсиз натижаларининг сабаблари кўриб чиқилди.

Калит сўзлар: юмшоқ тўқималарнинг жарроҳлик инфекцияси, йирингли жарроҳлик, некротик инфекция, кеч таъхис қўйиш, юмшоқ тўқималарнинг шикастланиш даражаси.

ПРОБЛЕМЫ И СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В УЗБЕКИСТАНЕ

Охунов Алишер Орипович

д.м.н., профессор кафедры общей и детской хирургии №1,
Ташкентская медицинская академия

Касимов Улугбек Куркмасович

к.м.н., доцент кафедры общей и детской хирургии №1,
Ташкентская медицинская академия

Атаков Сарвар Султонбоевич

к.м.н., доцент кафедры общей и детской хирургии №1,
Ташкентская медицинская академия



Ёркулов Аббос Шерали угли
ассистент кафедры общей и детской хирургии №1,
Ташкентская медицинская академия

Аннотация: В статье рассматривается состояние гнойной хирургической службы в Узбекистане по результатам пролеченных больных в Республиканском центре гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета в 2022 году. Анализ проведен среди 2001 пациента с гнойно-некротическими заболеваниями мягких тканей. На основе анализа результатов лечения выявлены основные нозологии и рассмотрены причины неудовлетворительных результатов лечения с данной патологией.

Ключевые слова: хирургическая инфекция мягких тканей, гнойная хирургия, некротическая инфекция, поздняя диагностика, уровни поражения мягких тканей.

PROBLEMS AND STATUS OF SURGICAL SOFT TISSUE INFECTIONS IN UZBEKISTAN

Okhunov Alisher Oripovich
d.m.s., professor of the Department of General and Pediatric Surgery №1,
Tashkent Medical Academy

Kasimov Ulugbek Kurkmakovich
c.m.s., docent of the Department of General and Pediatric Surgery №1,
Tashkent Medical Academy

Atakov Sarvar Sultonboevich
c.m.s., docent of the Department of General and Pediatric Surgery №1,
Tashkent Medical Academy

Yorkulov Abbos Sherali ugli
Assistant of the Department of General and Pediatric Surgery №1,
Tashkent Medical Academy

Annotation: The article examines the state of purulent surgical service in Uzbekistan based on the results of treated patients at the Republican Center for Purulent Surgery and Surgical Complications of Diabetes mellitus in 2022. The analysis was carried out among 2001 patients with purulent-necrotic soft tissue diseases. Based on the analysis of treatment results, the main nosologies were identified and the reasons for unsatisfactory treatment results with this pathology were considered.

Key words: surgical soft tissue infection, purulent surgery, necrotic infection, late diagnosis, levels of soft tissue damage.



КИРИШ

“Йирингли” жарроҳлик инсоният тараққиётининг туғилиши билан бирга пайдо бўлди ва юмшоқ тўқималарнинг йирингли-некротик касалликлари жарроҳлик патологиялари орасида асосий ўринлардан бирини эгаллаган ҳолда жарроҳликнинг мураккаб муаммоси бўлиб қолмоқда [1, 2].

Ёндош касалликлар мавжуд бўлганда, кўплаб ўткир яралар сурункали яраларга айланади, улар қандли диабет каби маълум касалликлар билан боғлиқ бўлиб, яранинг нормал даволаниш жараёнини тавсифловчи тартибли босқичлар ва башорат қилинадиган вақт оралиғида ўтиб кетмайди. Сурункали яралар кўпинча узок вақт давомида яллиғланиш босқичида қолади ва уларнинг давомийлиги бактериал юклама, некротик тўқималар ва яра жараёнининг намлик баланси каби омиллар билан боғлиқдир [3, 4, 5].

Микроб кўринишининг доимий ўзгариши, юқори вирулент ва антибиотикларга чидамли штаммларнинг пайдо бўлиши, аҳолининг умумий иммунологик реактивлигининг пасайиши юмшоқ тўқималарнинг йирингли жароҳатларининг тузилиши ва табиатининг ўзгаришига олиб келади ва натижада юмшоқ тўқималарнинг йирингли касалликлари билан оғриган беморлар ва юқумли асоратлар сонининг барқарор ўсишига олиб келади [6, 7, 8, 9].

Маҳаллий ва хорижий муаллифларнинг маълумотларига кўра, юмшоқ тўқималарнинг йирингли касалликлари билан оғриган беморларнинг сони бугунги кунда жарроҳлик йўналиши беморлари умумий сонининг 35-45%ни ташкил қилмоқда ва ўлим даражаси 25-50%га етмоқда [10, 15].

Юмшоқ тўқималарнинг йирингли касаллиги - бу юмшоқ тўқималарга патоген йирингли микробларнинг тушиши ва кўпайиши, кейинчалик йирингли ўчоқ ҳосил бўлиши натижасидир, бунинг учун бир томондан, макроорганизмнинг химоя кучларини енгиб ўтишни, бошқа томондан эса, организмнинг патоген агентга маълум бир сезувчанлиги мавжудлигини талаб қилади, ҳолбуки ҳозирги кунда бу касалликнинг некротик шакллари устунлик қилмоқда [11, 12, 13, 14].

Юқорида баён этилганларга хулоса қилар эканмиз, шуни таъкидлаш керакки, ҳозирги вақтда юмшоқ тўқималарнинг йирингли-некротик касалликларини даволаш муаммоси жуда кенг тарқалган даволаш усулларига қарамай, маҳаллий ва хорижий адабиётларда фаол муҳокама қилинадиган ва долзарб бўлиб қолмоқда. Шу муносабат билан 2022-йилда даволанган беморлар натижаларидан келиб чиқиб, Ўзбекистон Республикасида юмшоқ тўқималарнинг жарроҳлик инфекцияси хизмати ҳолатини ўрганишни ўз олдимизга мақсад қилиб қўйдик.

ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ

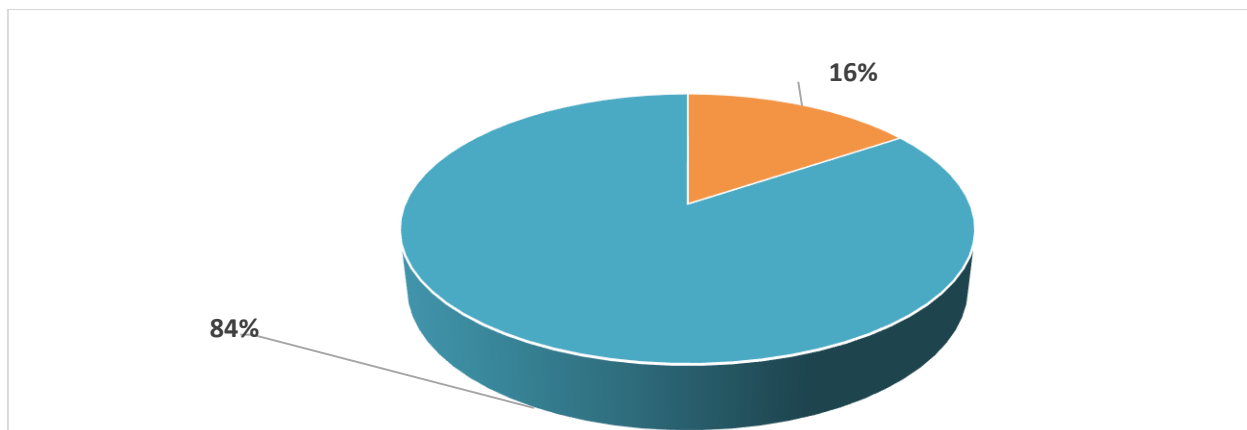
Мазкур ишга Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг Республика Қандли диабетнинг йирингли жарроҳлик ва жарроҳлик асоратлари марказида 2022 йил давомида беморларни даволаш натижалари таҳлили асос қилиб олинган, бу даврда турли локализациядаги жарроҳлик инфекциялари билан оғриган 2515 нафар бемор даволанган.

Беморлар икки гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳни биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш учун бевосита клиникамизга мурожаат қилган беморлар, иккинчи гуруҳни эса ўзларининг яшаш жойлари бўйича турли даволаш тадбирлари ўтказилган беморлар ташкил этди. Ушбу грацияга кўра, 2515 беморнинг 392 нафари (15,6%) бирламчи ва 2123 нафари (84,4%) иккиламчи бўлган (1-расм).

Биз юмшоқ тўқималарнинг жарроҳлик инфекциялари билан оғриган иккиламчи беморларни таҳлил қилдик. Юмшоқ тўқималарнинг жарроҳлик инфекцияси 509 нафар (23,9%) беморда аниқланган, қолган 1614 нафари (66,1%) турли анатомик тузилмаларни



юмшоқ тўқималарининг жарроҳлик инфекциялари билан оғриган беморлардир. Бунда, 268 нафар беморда (52,6%) бу патология қандли диабет фонида ривожланган.



1-расм. Даволанган беморларнинг хусусиятлари

Турли локализациядаги флегмона билан оғриган беморлар жуда кўп учраган бўлиб, 184 нафар беморда (36,1%) аниқланган, иккинчи ўринни йирингли-некротик жаралар билан оғриган 96 нафар (18,9%) беморлар эгаллаган. Юмшоқ тўқималарнинг абсцесси билан карбункул 82 нафар (16,1%) ва 61 нафар (12,0%) беморларда аниқланган. 26 нафар беморда (5,1%) аниқланган сарамас яллиғланиши ва 28 нафар (5,5%) беморда аниқланган анаэроб флегмона камроқ тарқалган. 14 беморда - 2,7%, юмшоқ тўқималарнинг инфильтрати аниқланди. Шунинг таъкидлашни истардикки, ўтказилаётган консерватив даволаш фонида беморларда яллиғланиш жараёнининг регрессиясига эришилди (1-жадвал).

1-жадвал

Беморларнинг нозологик хусусиятлари

Нозология	n	%
Абсцесс	82	16,1
Флегмона	184	36,1
Сарамас яллиғланиши	26	5,1
Карбункул	61	12,0
Трофик жаралар	11	2,2
Йирингли-некротик жароҳатлар	96	18,9
Анаэроб флегмоналар	28	5,5
Юмшоқ тўқималарнинг инфильтрати	14	2,7
Ётоқ яра	7	1,4
Жами	509	100

Ушбу беморларнинг Республика бўйича тақсимланиши таҳлил қилинганда, асосий контингентни Тошкент ва Тошкент вилояти аҳолиси ташкил этиши маълум бўлди, умуман олганда республиканинг барча вилоятларидан беморлар мурожаат қилганлар (2-жадвал).

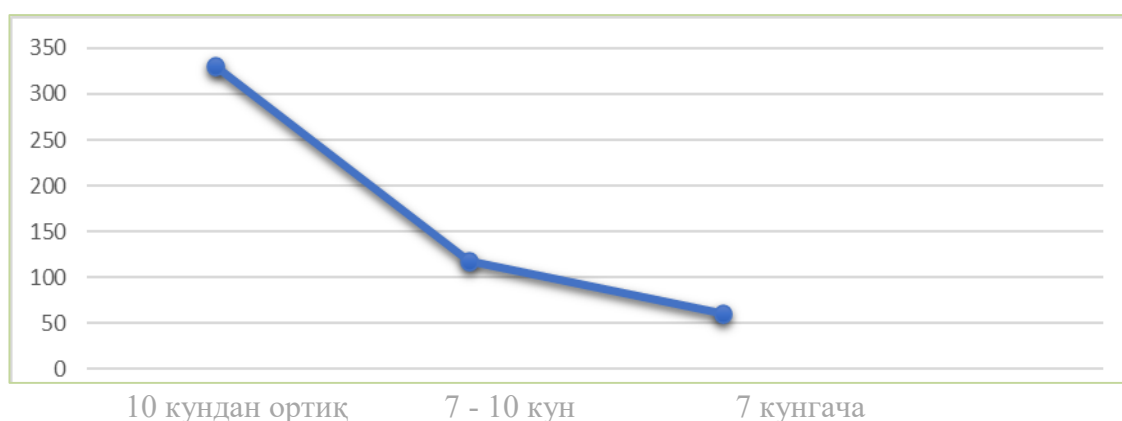
Марказга келгунга қадар беморларнинг мутлақ кўпчилиги операция қилинган бўлиб, беморларнинг 49% икки марта, 31% бир марта, кам сонли 11 % беморлар 3 марта ва 9% ҳолларда кўп марта операция қилинган.



Беморларнинг Республика ҳудудлари бўйича тақсимланиши.

Худудлар	Жами	
	n	%
Тошкент	148	29,1
Тошкент вилояти	182	35,8
Андижон вилояти	7	1,4
Наманган вилояти	13	2,5
Навоий вилояти	3	0,6
Хоразм вилояти	12	2,3
Сирдарё вилояти	18	3,5
Жиззах вилояти	10	2,0
Бухоро вилояти	6	1,2
Фарғона вилояти	11	2,2
Қашқадарё вилояти	35	6,8
Сурхондарё вилояти	37	7,3
Самарқанд вилояти	19	3,7
Қорақалпоғистон Республикаси	8	1,6
Жами	509	100

Шифохонага келишдан олдин беморлар 65% ҳолатда (331) ўртача 7 дан 10 кунгача даволанган, беморларнинг тўртдан бир қисми (117 - 23%) бирламчи мурожаат қилган жойида 10 кундан ортиқ даволанган ва 7 кунгача даволанган беморлар (61 - 12%) камроқ қабул қилинган (2-расм).



2-расм. ТТА клиникасига келишдан олдин беморларнинг даволаниш давомийлиги.

Иккиламчи беморларнинг юқори улушини сақлаб қолиш сабабларини таҳлил қилишни ўрганиш шуни кўрсатдики, биринчи навбатда барча даволанган беморларда аниқланган адекват антибактериал даволаш муаммоси (3-жадвал). Камчиликларга қуйидагилар киради:

- ✓ юборилаётган дори дозаси етарлича ҳисобга олмаслик;
- ✓ юбориш сонининг камайиши;



- ✓ оғиз орқали қабул қилишни суиистеъмол қилиш;
- ✓ сезувчанликни ҳисобга олмаган ҳолда битта антибиотикни қўллаш;
- ✓ профилактик антибактериал даволаш тамойилини ҳисобга олмаган ҳолда бир нечта антибиотикларни қўллаш;
- ✓ профилактик антибактериал даволашни амалга оширишдаги хатолар;
- ✓ инфекциянинг генерализацияси жараёнининг ривожланишида патоген замбуруғларнинг ролини етарлича баҳоламаслик.

3-жадвал

Қониқарсиз даволашнинг сабаблари

Т.р.	Сабаблар	n	%
1	Кеч ташхис қўйиш	346	68
2	Мос бўлмаган хажмдаги жарроҳлик аралашуви	356	70
3	Тўқималар тубида патологик жараённинг сақланиши	285	56
4	Антибактериал даволашни амалга оширишдаги хатолар	519	88
5	Махаллий даволашдаги камчиликлар	392	77

Шуни таъкидлашни истардимки, юмшоқ тўқималарнинг инфилтрати ташхиси билан касалхонага ётқизилган 14 нафар (2,7%) бемордаги жараённи фақат Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан ишлаб чиқилган ва 2011 йил 29 июндаги 192-сон буйруғи билан тасдиқланган антибактериал ва симптоматик терапия ёрдамида тўхтатишга эришилган.

Даволанишнинг қониқарсиз натижаларининг кейинги сабаби, беморлар ихтисослаштирилган муассасаларда даволанмаганда кеч ташхис қўйиш бўлган. Мазкур мезон 346 нафар (68%) беморда аниқланган.

356 нафар (70%) беморда жарроҳлик аралашувининг етарли эмаслиги қайд этилган бўлиб, етарли даражада некрэтомиясиз йиринг боғлаган ярани йирингдан тозалаш учун кичик инцизиялар қилинган, тўқималарнинг шикастланиш чуқурлиги етарли даражада баҳоланмаган бўлиб, тўқималарнинг чуқурлигида патологик жараён сақланиб қолинганлиги беморларнинг 56% да (285) қайд этилган.

Ушбу муаммони мақсадли ўрганиш шуни кўрсатдики, даволашнинг қониқарсиз натижаларининг асосий сабаби патологик ўчоқда некротик ўзгаришлар ҳукмронлик қилганда, ушбу патология билан оғриган беморларни ташхислаш, даволаш ва жарроҳлик аралашувида ягона ёндашувнинг йўқлиги ҳисобланади.

Бизнинг амалий фаолиятимизда йирингли жарроҳлар амалиётида узоқ вақтдан бери ўз ўрнини эгаллаган D.H. Ahrenholz (1991) таснифини қўллаيمиз. Ушбу тасниф билан боғлиқ ҳолда, ажралма тури ва шакли эмас, балки юмшоқ тўқималарнинг шикастланиш даражалари ажратилади. Ушбу таснифга кўра шикастланишнинг IV ҳилдаги даражаси ажратилади:

I – терининг шикастланиши;

II – тери ости тўқималарининг шикастланиши;

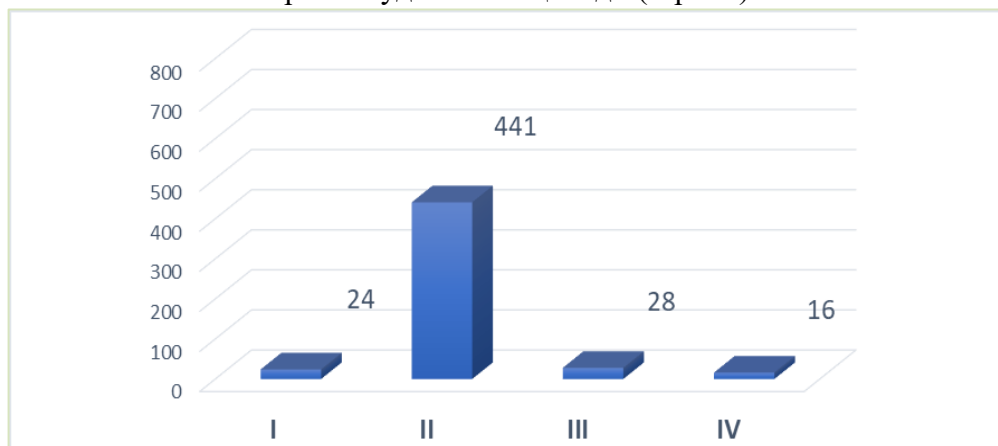
III – юзаки фасциянинг шикастланиши;

IV – мушаклар ва чуқур фасциал тузилмаларнинг шикастланиши;

Беморларимизни юмшоқ тўқималар тузилмаларининг шикастланиш даражаси бўйича таҳлил қилинганда, беморларнинг 86,6 фоизда II даражали, 4,7 фоизда



I даражали, 5,5 фоизда III даражали ва 3,1 фоиз беморларда IV даражали шикастланишлар мавжудлиги аниқланди (3-расм).



3-расм. Беморларнинг юмшоқ тўқималар тузилмаларининг шикастланиш даражаси бўйича таҳлили

Ушбу беморларни даволашда ижобий натижанинг асосий сабаби эрта ташхис қўйиш бўлиб, у тўлиқ клиник текширув, дастлабки босқичларда маҳаллий яллиғланиш ўзгаришларининг оғирлигини ва зарарланган ҳудуддаги безовталиқни аниқлашдан иборат бўлади. Шубҳали ҳолатларда ультратовуш текшируви; рентгенография; компьютер томографияси; заҳарланишнинг лаборатория кўрсаткичлари қўлланилади. Юмшоқ тўқималар тузилмаларининг зарарланиши тўқималарнинг ҳаётийлигини (ранги, қон кетиши, зичлиги) интраоператив аниқлаш; патологик жараённинг тарқалиши; оқимнинг табиати; бактериологик ва цитологик тадқиқотлар орқали аниқланди. Беморларга эрта ташхис қўйиш учун биз махсус клиник белгилар ва кўрсаткичлар асосида жарроҳлик йўли билан даволаш учун кўрсатмаларни аниқлаш имконини берувчи баллар шкаласидан фойдаландик.

Ушбу шкала турли локализациядаги юмшоқ тўқималарнинг йирингли-яллиғланиш касалликлари билан оғриган 176 нафар (34,5%) беморда қўлланилди. Бунда, барча беморлар клиникамизга ётқизилгунга қадар бошқа муассасаларда стационар даволанишда бўлган. Уларнинг 21,8 фоизи (111 нафари) флегмона, 32 нафари (6,3 фоизи) карбункул, 24 нафари (4,7 фоизи) анаэроб флегмона ва 9 нафари (1,8 фоиз) оёқларнинг сарамас яллиғланиши касаллигидан даволанган. Ушбу беморлар олинган муолажалар самарасиз бўлгани учун бўлимимизга ўтказилган.

Тадқиқ қилинган беморларнинг 159 нафарида баллар йиғиндиси 18 - 22 оралиғида бўлиб, бу жарроҳлик аралашувга кўрсатма эканлигини яққол кўрсатди. Уларнинг барчаси жарроҳлик йўли билан даволанди, ваҳоланки йиринглаш жараёни жуда катта майдонни эгаллаган эди.

Тадқиқот давомида 17 нафар беморда балл тизимининг кўрсаткичи 18 баллдан паст бўлган ва уларда динамик кузатув билан бирга рентгенография, қўл-оёқларнинг ультратовуш текшируви, компьютер томографияси каби инструментал тадқиқот усулларида фойдаланилган. Шунинг таъкидлашни истардимки, инструментал тадқиқотларнинг маълумотлари асосида яллиғланиш-некротик жараён ҳар доим ҳам аниқланмайди, ҳолбуки диагностик инцизиялар содир бўлаётган ўзгаришларнинг ишончли тасвирини беради. Ушбу беморларда ҳам жарроҳлик аралашuvi амалга оширилган ва уларга некротик инфекция ташхиси қўйилган.

Тадқиқот натижалари даволашнинг дастлабки босқичларида ушбу усулдан фойдаланишнинг ижобий таъсирини кўрсатди (4-жадвал). Бу юмшоқ тўқималарда



йирингли-яллиғланиш жараёнининг ривожланишини башорат қилиш имконияти билан соддалиги, қулайлиги билан ажралиб туради.

4-жадвал

Юмшоқ тўқималарнинг жарроҳлик инфекцияларини эрта ташхислаш шкаласи.

	Клиник белгилари	Ифодаланиши	Баллар	Маъноси
1	Маҳаллий гиперемия	йўқ	0	18-22 - 100% жарроҳлик аралашувиға кўрсатма
		Енгил ифодаланган	1	
		Яққол ифодаланган	2	
2	Оғрик	йўқ	0	
		санчикли	1	
		Чидаб бўлмайдиган	2	
3	Гипертермия	36,6 гача	0	18 баллгача, жараён динамикасини назорат қилиш учун текширувларнинг инструментал турларини (Рентгенография, УТТ, КТ) қўллаш зарур.
		36,7-38,0	1	
		38,0 дан юқори	2	
4	Функциясининг бузилиши	йўқ	0	
		бор	1	
5	Маҳаллий шиш	йўқ	0	
		до 100 см	1	
		100-200 см	2	
		более 200 см	3	
6	Консистенция*	мягкая	0	
		твердая	1	
		Твердая с участками размягчения	2	
7	Йиринг оқиши	йўқ	0	
		бор	2	
8	Некроз*	йўқ	0	
		бор	2	
9	Цианоз	йўқ	0	
		Чегараланган	1	
		Кенг тарқалган	2	
10	Крепитация*	йўқ	0	
		бор	2	
11	Буллар*	йўқ	0	
		бор	2	
12	Лимфаденит	йўқ	0	
		бор	2	

* 4 та белги мавжуд бўлган тақдирда, қандли диабет билан оғриган беморларда юмшоқ тўқималарда некротик жараён мавжудлигига шубҳа қилиш ва уни баллар асосида баҳолашни қўллаш лозим.

НАТИЖАЛАР ВА УЛАРНИНГ МУҲОКАМАСИ

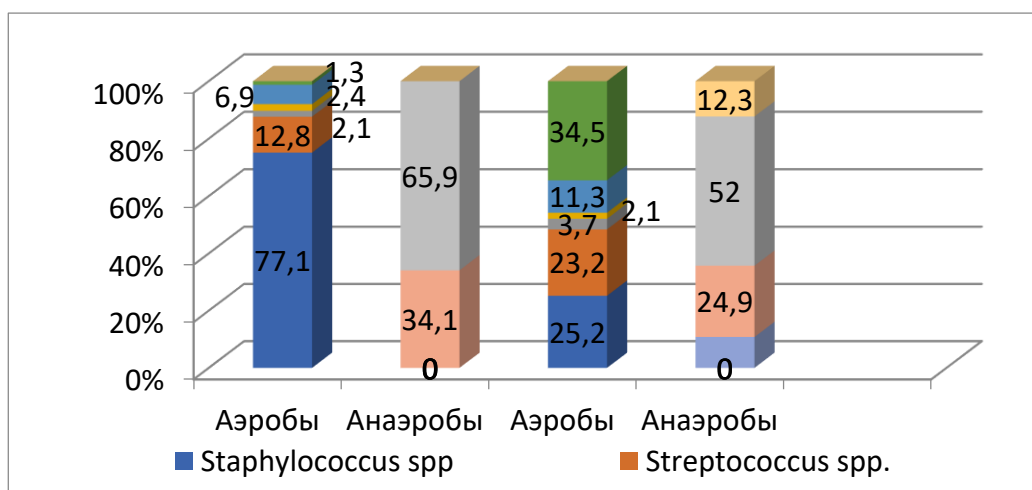
Биз амал қилган беморларни даволаш тамойиллари қисқа муддатли операциядан олдинги тайёргарлик, профилактик эмпирик антибактериал, замбуруғларга қарши терапия



ва жарроҳлик аралашувидан иборат эди. Ёндош қандли диабет касаллиги мавжуд бўлган беморлар инсулин терапиясига ўтказилган.

Жарроҳлик аралашувининг ўзига хос хусусияти тажовузкор ёндашув бўлиб, унинг моҳияти патологик ўчоқнинг етарлича кенг очилишига ва агар анатомик жойлашув имкон берса, соғлом тўқималар ичидаги барча некротик массаларнинг максимал даражада олиб ташланишидан иборат бўлади. Ярадаги жараённинг динамикасини ва босқичли некротомияни амалга ошириш имкониятини назорат қилиш учун яралар очик қолдирилди. Кейинчалик, беморлар жароҳатни ёпиш, иккиламчи тикувларни қўллаш ёки эркин аутодермопластикани қўллаш орқали амалга оширилди.

Операция пайтида олинган маълумотларнинг бактериологик тадқиқотлари давомида бирламчи ва иккиламчи беморларда микрофлоранинг спектри турли хил эканлиги аниқланди (4-расм).



4-расм. Юмшоқ тўқималарнинг йирингли-яллиғланишли шикастланишларида яра микрофлорасининг хусусиятлари.

Агар бирламчи беморларда доминант вакиллар *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., ва анаэроблардан *Bacteroides* spp. ва *Peptostreptococcus* spp. бўлса, иккиламчи беморларда полимикроблилик кучайган, *Staphylococcus aureus*, *Proteus* spp., *Citrobacter* ва *Pseudomonas* spp.нинг чидамли шакли пайдо бўлган. Анаэроблардан *Bacteroides* spp., *Peptococcus* spp. ва *Fusobacterium* spp. аниқланган.

Микробларнинг антибактериал препаратларга сезувчанлигини ўрганишда патоген стафилококкларнинг IV авлод цефалоспоринлари ва ярим синтетик пенициллин - пиперациллин натрий ва бета-лактамаза ингибитори натрий тазобактамга энг юқори сезувчанлиги аниқланди. Шу билан бирга, метициллинга чидамли штаммлар мавжуд бўлганда, фақат ванкомицинга сезувчанлик аниқланди.

Бошқа микроорганизмлар аниқланганда, фторхинолонларга юқори сезувчанлик аниқланди. Анаэроб микроорганизмлар орнидазол, хлорамфеникол ва β -лактамаз антибиотиклари - карбапенемларга сезувчан эди.

Бундай зарарланиш ва аэроб-анаэроб ассоциацияси аниқланганлиги муносабати билан биз аэроблар ва анаэробларга таъсир қилувчи, шунингдек, ўчоққа юқори кириш қобилятига эга бўлган кенг спектрли антибиотикларнинг комбинациясидан фойдаланишни ўз ичига олган эмпирик терапияни бошладик. Кейинчалик бактериологик текширув натижаларига кўра, ажратилган микроорганизмларнинг сезувчанлигига қараб



антибиотик терапияси ўтказилди. Замбуруғларга қарши препаратларни - флуконазол ёки итраконазолни тайинланиши мажбурий шарт эди.

Жарроҳлик даволаш шикастланиш даражасига қараб ўзгарди. Шундай қилиб, I даражада йиринг боғлаган яра очилди, бу маҳаллий даволанишнинг мажбурий компоненти бўлган дифференциал ёндашув шаклида гиперосмоляр малҳамлар ва маҳаллий ФарГАЛС препарати протеолитик ферментлар ва димексид билан бирга қўлланди.

II даражада, некрэктомия ва очик даволаш, босқичли некрэктомия ўтказиш билан ярани очиш мажбурийдир.

III -даражада юқоридаги босқичларга кундалик очик назорат билан, дренаждан фойдаланиш имконияти қўшилди.

IV даражада, яранинг динамикасини кейинчалик очик назорат қилиш имконияти билан дренаж билан тикиш амалга оширилди.

Ушбу беморларни даволаш давомийлиги юмшоқ тўқималарнинг шикастланиш чуқурлигига боғлиқ бўлиб, I-даражали беморлар ўртача $5,7 \pm 0,4$ кун давомида ва чуқурроқ даражада узокроқ муддат давомида касалхонада даволанган, шунингдек бирлашган шикастланиш мавжуд бўлган беморлар ўртача 24 кун даволанди (5-жадвал).

5-жадвал

Даволаниш давомийлиги

Фазаси	I	II	III	IV
I фаза	$2,2 \pm 0,3$	$2,6 \pm 0,4$	$2,9 \pm 0,3$	$3,2 \pm 0,3$
II фаза	$2,1 \pm 0,2$	$10,8 \pm 0,7$	$12,3 \pm 0,7$	$14,1 \pm 0,6$
III фаза	$1,4 \pm 0,5$	$5,7 \pm 0,5$	$6,4 \pm 0,5$	$6,7 \pm 0,4$
Жами	$5,7 \pm 0,4$	$19,1 \pm 0,6$	$21,6 \pm 0,6$	$24 \pm 0,5$

Даволаш натижаларига кўра, 24,1% ҳолларда тузалиш қайд этилди, яъни ушбу беморлар тоза яралар билан касалхонадан чиқарилди. 74,5% беморларда очик жараёнли, яллиғланишсиз ва қисман қуруқ рад этувчи некроз белгилари бўлган яралар билан касалхонадан чиқарилган. Ўлим даражаси 7 беморда кузатилди ва 1,4% ни ташкил этди (6-жадвал).

6-жадвал

Даволаш натижалари

Даволаниш давомийлиги	I	II	III	IV
Стационар	$5,7 \pm 0,4$	$19,1 \pm 0,6$	$21,6 \pm 0,6$	$24 \pm 0,3$
Амбулатор	$4,2 \pm 0,3$	$6,7 \pm 0,3$	$15,1 \pm 0,9$	$16,7 \pm 0,8$
Тузалиш 117 (24,1%)	24 (100%)	87(17,1%)	4 (0,8%)	2 (0,4%)
Клиник тузалиш 385 (74,5%)	-	353 (69,3%)	21 (4,1%)	11 (2,2%)
Ўлим 7 (1,4%)	-	1 (0,2%)	3 (0,6)	3 (0,6%)

Шундай қилиб, юмшоқ тўқималарнинг жарроҳлик инфекциясининг оғир шакллари билан оғриган беморларни даволашда эришилган натижалар, биринчи навбатда, эрта ташхис қўйиш тизими ва клиникада ишлаб чиқилган ташкилий-терапевтик чоратadbирлар: патологик ўчоқнинг радикал жарроҳлик операцияси, бактериологик мониторинг ва мақсадли антибактериал даволаш билан боғлиқ. Қандли диабет фонида ривожланган жарроҳлик инфекциясини даволашда тўқималарнинг шикастланишининг



чуқурлиги ва ҳажмини ҳисобга олиш керак. Шикастланишнинг чуқурлигига қараб, жарроҳлик аралашувининг характери табақалаштирилган бўлиши керак. Операциядан кейинги даврда яра жараёнининг босқичига қараб табақалаштирилган ёндашув талаб этилади, 1-босқичда эса тўқималарнинг шикастланиш даражасини ҳисобга олиш лозим.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Mikhal'skii V.V., Goriunov S.V., Bogdanov A.E. Use of the drug "Betadine" in the treatment of infected wounds. Rossiiskii meditsinskii zhurnal. 2010; 18: 29: 1780–1788;
2. Sweeney I.R., MiraftabM., Collyer G. A critical review of modern and emerging absorbent dressings used to treat exuding wounds. Int. Wound J. 2012; 9 (6): 601-612.].
3. Абаев, Ю.К. Раневые повязки в хирургии / Ю.К. Абаев // Медицинские новости. – 2003. – № 12. – С. 30-37.
4. Слухай И.С., Бухарин В.И. Опыт применения повязки «Воскосорб» в лечении нагноившихся послеоперационных ран нижних конечностей// Научно-теоретический журнал «Ученые записки», № 9 (115) – 2014 – С. 137-140.
5. Ли Дж., Чен Дж., Кирснер Р. Патофизиология острого заживления ран. Clin. Дерматол. 2007; 25: 9–18. DOI: 10.1016 / j.clindermatol.
6. Smith F., DryburghN., Donaldson J., Mitchell M. Debridement for surgical wounds. Cochrane Database Syst. Rev. 2011; CD006214.
7. Шляпников С.А., Насер Н.Р. Хирургические инфекции мягких тканей – проблема адекватной антибиотикотерапии. Антибиотики и химиотерапия. 2003; 48: 7: 44–48.
8. Skorobogatykh Iu.I. Experimental study of combined use of ciprofloxacin with oxytocin for the topical treatment of purulent wounds. Cand. Diss. Med. Sci. Orenburg, 2011; 32.
9. Хасанов Т.А., Шитова Ю.В., Шайбаков Д.Г., Хасанов А.Г. Фуракаиновая мазь - новое средство для местного лечения гнойных ран. Электронный научнопрактический журнал «Креативная онкология и хирургия». Хирургия.2012;
10. Shliapnikov S.A., Naser N.R. Surgical infections of the soft tissues - the problem of adequate antibiotic therapy. Antibiotiki i khimioterapiia. 2003; 48: 7: 44–48.
11. Faraklas I, Yang D, Eggerstedt M, Zhai Y, et al. A Multi-Center Review of Care Patterns and Outcomes in Necrotizing Soft Tissue Infections. Surg Infect (Larchmt) 2016;17(6):73–778.
12. Киёкава К., Такахашаи Н., Рикимару Х., Ямаути Т., Иноуэ Ю. Новое. Непрерывное лечение инфицированных ран и трудноизлечимых язв с помощью отрицательного давления и ирригации. Plast Reconstr Surg. 2007 г., октябрь; 120 (5): 1257–1265.
13. Эллиот Д.С., Куфера Дж.А., Майерс Р.А. Некротические инфекции мягких тканей: факторы риска смертности и стратегии лечения. Энн Сург. 1996 год; 224: 672–683.
14. Стивенс Д.Л., Бисно А.Л., Чемберс Х.Ф. и соавт. Практические рекомендации по диагностике и лечению инфекций кожи и мягких тканей: обновление 2014 г., подготовленное Американским обществом инфекционистов. Клин Инфекция Дис. 2014; 59: 147–159.
15. Kasimov U. K., Bababekov A. R., Atakov S. S., Boboyev Q. X., Kasimova D. U. Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation; 32(2) 2021 С. 4127-4135 <http://www.turkjphysiotherrehabil.org/>