

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

LATIPOV ORIF ZARIPOVICH

**KAFTNING YIRINGLI KASALLIKLARINI VA XASMOLLARNING
TURLI SHAKLLARINI DAVOLASHNING TAKOMILLASHTIRILGAN
USULI**

Latipov O. Z.

Kaftning yiringli kasalliklarini va xasmollarning turli shakllarini davolashning takomillashtirilgan usuli. [Matn]: monografiya/ Latipov O. Z.

Latipov O. Z. - Buxoro Davlat tibbiyot instituti umumiy xirurgiya kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

Ro'ziboev S.A., Samarqand Davlat tibbiyot instituti jarrohlik kasalliklari kafedrası dotsenti, DSc.

Qurbanov O. M., Buxoro Davlat tibbiyot institute Anesteziologiya va reanimatologiya, bolalar anesteziologiyasi va reanimatologiyasi kafedrası mudiri, DSc

Monografiya dimetilsulfoksidning 25% eritmasi yordamida abakterial muhit yordamida qo'lning yiringli kasalliklarini va xasmollarning turli shakllarini davolashning eng zamonaviy usuliga bag'ishlangan. Manbada kaftning yiringli kasalliklarini davolash haqida qisqacha tarixiy ma'lumot berilgan. Kaft va barmoqlardagi yiringli jarayonlar patogenezining anatomik va fiziologik xususiyatlari, kaft va barmoqlarning yiringli kasalliklari tasnifi, shuningdek kaft va barmoqlarda yiringli jarayonlarning rivojlanishidagi etiologik va patogenetik omillar tasvirlangan. Ambulatoriya sharoitida kaft yiringli kasalliklarini jarrohlik yo'li bilan davolash bo'yicha ma'lumotlar keltirilgan. Kaftning yiringli kasalliklarini davolashda dimetilsulfoksidning 25% eritmasi yordamida abakterial muhitdan foydalanish usuliga alohida e'tibor beriladi. Ushbu usulni davolash natijalari batafsil tahlil qilinadi va kaftning yiringli kasalliklari va xasmollarning turli shakllarini davolashda dimetilsulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial muhitdan foydalanish samaradorligi ilmiy asoslangan. Ushbu monografiya jarrohlar va ularning kundalik ishidagi har qanday mutaxassislar, jarohat va jarohat infeksiyalari bilan og'rigan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatish, shuningdek, klinik ordinatorlar va tibbiyot maktablari magistrleri uchun mo'ljallangan.

Monografiya Buxoro Davlat tibbiyot instituti ilmiy kengashida muhokama qilindi va tasdiqlandi (**protokol №. 4 30.11.2024 - yil**)

MUNDARIJA

Kirish	7
I bob. Kaft va barmoqlarning yiringli kasalliklari haqida qisqacha ma'lumot	
1.1. Kaft va barmoqlardagi yiringli jarayonlar patogenezi anatomik va fiziologik xususiyatlari	9
§ 1.2. Kaft va barmoqlarning yiringli kasalliklari tasnifi	14
§ 1.3. Kaft va barmoqlarda yiringli jarayonlarning rivojlanishidagi etiologik va patogenetik omillar	17
II bob. Ambulatoriya sharoitida kaft kasalliklarini jarrohlik yo'li bilan davolash bo'yicha zamonaviy usullar	
2.1. Ambulatoriya sharoitida kaftning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolashda abakterial muhitdan foydalanish samaradorligi	24
§ 2.2. Kaft va barmoqlarning yiringli kasalliklari haqidagi sharhi xulosasi	34
III bob. Kaftning yiringli kasalliklarini va xasmollarning turli shakllarini davolashda abakterial muhitda dimetilsulfoksidning 25% eritmasini foydalanishni samaradorligini ilmiy asoslash. Tadqiqot materiallari va davolash usullari	
§ 3.1. Bemorlarning klinik tavsiflari.....	34
§ 3.2. Amaldagi bemorlarni davolash vositalari va usullari	37
§ 3.3. Klinik, laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari	39
§ 3.4. Materialni statistik ma'lumoti	41
VI bob. Kaft va barmoqlarning yiringli kasalliklarini an'anaviy davolash natijalari	
§ 4.1. Kaft va barmoqlarning yiringli yallig'lanishli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni an'anaviy davolash usullari samaradorligi	42
§ 4.2. Yara jarayonining klinik va laboratoriya dinamikasi va panaritniyaning turli shakllari bo'lgan bemorlarni davolash natijalari	44
§ 4.3. Yara jarayonining klinik va laboratoriya dinamikasi va kaftning yiringli	49

kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolash natijalari

V bob. Kaft va barmoqlarning yiringli kasalliklarini davolashda abakterial muhitda 25% dimetilsulfoksid eritmasini qo'llash samaradorligi

§ 5.1.	Barmoqlarning yiringli yallig'lanishli jarrohlik kasalliklarini davolashda dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial muhitdan foydalanish samaradorligini baholash	55
§ 5.2.	Kaftning yiringli yallig'lanishli jarrohlik kasalliklarini davolashda dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial muhitdan foydalanish samaradorligini baholash	61
Xotima		67
Xulosalar		76
Amaliy tavsiyalar		77
Annotatsiya		78
Foydalanilgan adabiyotlar		80

QISQARTMALAR RO'YXATI

QIV	qon ivish vaqti
KYK	Kaft yiringli kasalliklari
BYK	barmoqlar yiringli kasalliklari
YTYK	yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari
GO	hyperoxygenasiya
DSO	dimethylsulfoxide
L	leykotsitlar
LII	leykotsitar intoksikatsiya indexi
O'MD	o'rta molekulasi darajasi
Mt/ML	mikrob tana miqdori 1 ml
Mt/Gr	mikrob tana miqdori 1 gr to'qima
PK	prognostic koefitsienti
DSOE	dimethylsulfoxide eritmasi
PO ₂	kislorod parsial bosimi
EChT	Eritrositlar cho'kish tezligi
UTT	Ultratovush tekshiruvi
FBG	fibrinogen

KIRISH.

Muammoning dolzarbligi. Kaftning boshqa yallig'lanishli lezyonlari orasida so'nggi 50 yil ichida ularning o'tkir yiringli-yallig'lanish shakllarining ulushi ancha yuqori deb hisoblangan. Shunga ko'ra, bunday kasallik bo'yicha so'rovlarning chastotasiga, bemorlarning ishlay olmaydigan vaqtiga, shuningdek jarrohlik aralashuvlarning oqibatlariga asoslanib, ushbu kasalliklarni davolash samaradorligini oshirish yo'llarini izlash bugungi kunda bir qator dolzarb muammolar sifatida tasniflanadi. Aytish mumkinki, butun dunyoda chuqur ilmiy va tibbiy tadqiqotlar bunday kasalliklarning yiringli-septik asoratlarini kamaytirishning ko'p qirrali usullarini topishga qaratilgan. Zamonaviy mualliflarning fikriga ko'ra, ambulatoriya jarrohlik amaliyotiga murojaat qilganlar orasida yumshoq to'qimalar va kaft suyaklarining barcha yiringli patologiyalarining ulushi 15% dan 30% gacha. Bunday kasalliklar ham moddiy, ham ijtimoiy xarajatlar bilan birga bo'lganligi sababli, muammo ham tibbiy, ham ijtimoiy nuqtai nazardan dolzarb bo'lib qoladi.

Binobarin, ushbu mavzu bo'yicha uslubiy izlanishlarning dolzarbligi "mehnatga layoqatli aholi orasida yuqori kasallanish, funktsional faol o'ng yuqori oyoq-qo'llarning shikastlanishi, shuningdek, statsionar davolash bosqichida jarrohlik yordamini qoniqarsiz tashkil etish bilan belgilanadi"¹. Turli yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashning mavjud usullari uning davomiyligini qisqartirish va kaft funktsiyalarini to'liq tiklashni hisobga olgan holda davolash xususiyatlarini ochib beradigan etakchi yagona samarali tashkiliy tavsiyalarni o'z ichiga olmaydi va terapiyaning salbiy oqibatlari yo'qligiga kafolat bermaydi. Kasalliklarning og'irligi qo'lning anatomik tuzilishining o'ziga xos xususiyatlari, bunday kasalliklarning tarqalishi va yuqori ekstremitalarning funktsional ahamiyati bilan bog'liq bo'lib, ularning holati bemorning psixologik holatida aks etadi va o'tkir yiringli-yallig'lanish kasalliklarini davolash davomiyligini belgilaydigan omillar va katta moliyaviy yo'qotishlar va xarajatlar bilan ifodalangan tiklanish

¹ Petrushin A.L. Experience in the treatment of complicated forms of panaritium in a district hospital // Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after. N.I. Pirogov. - 2010. - № 1. - P. 47-50.

vaqti antibiotik terapiyasi samaradorligining pasayishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Qo'lning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolash uchun turli xil mahalliy dorilar va jismoniy usullarning eng samarali kompleks ta'siridan foydalanish ham kutilgan samarani bermaydi, shuning uchun kaftning yiringli kasalliklarini davolash usulini ishlab chiqish. abakterial muhitdan foydalanish 25% li eritma yordamida. dimetil sulfoksid, ularning samaradorligini o'rganish natijalarni yaxshilash maqsadida kaftning yiringli-yallig'lanish kasalliklari bo'lgan bemorlarni tibbiy davolash va reabilitatsiya terapiyasini o'tkazish, ushbu usulni klinik amaliyotga joriy etish eng dolzarb bo'lib, bu kasallikning oqibatlarini yaxshilaydi.

Mamlakatimizda tibbiyot sohasini rivojlantirish, tibbiyot tizimini jahon standartlari talablariga moslashtirish, barmoqlar va qo'llarning yiringli-jarrohlik kasalliklarining oldini olish maqsadida O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 7 yil 2018 dekabrda Farmoni bilan. UP-5590 "O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash tizimini tubdan takomillashtirish bo'yicha kompleks chora «... -tadbirlar to'g'risida" gi "... mamlakatimizda tibbiy yordam samaradorligi, sifati va universalligini oshirish, shuningdek, tibbiy standartlashtirish tizimini yaratish, yuqori texnologiyali diagnostika va davolash usullarini joriy etish ..."qayd ...»² etildi.

Ushbu dissertatsiya tadqiqotining amalga oshirilishi ma'lum darajada O'zbekiston Respublikasi Prezidentining "shoshilinch tibbiy yordamni yanada takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida" gi Farmonida qayd etilgan vazifalarning bajarilishiga qaratildi. UP-4985 yil 16 martdagi 2017-sonli O'zbekiston Respublikasi Prezidentining «"2017-2021 yillarda O'zbekiston Respublikasi aholisiga ixtisoslashtirilgan tibbiy yordamni yanada rivojlantirish chora-tadbirlari to'g'risida" gi» qarorlarida. 3071 yil 20 iyundagi PQ - 2017," jarrohlik xizmatini o'zgartirish, sifati yaxshilash va mintaqalarda jarrohlik operatsiyalari ko'lamini kengaytirish chora-tadbirlari to'g'risida". 5254 yil 4 oktyabrdagi PP-2021, shuningdek ushbu sohaga tegishli boshqa me'yoriy hujjatlar

² Decree of the President of the Republic of Uzbekistan dated 07.02.2017 № VII-4947 «On the strategy of actions for the further development of the Republic of Uzbekistan". Collection of legislative acts.

Zamonaviy ambulatoriya jarrohligi faoliyati uchun tashkiliy, uslubiy va instrumental sharoitlarni takomillashtirish va rivojlantirish jarayoni inson salomatligiga xavf tug'diradigan o'tkir yiringli-yallig'lanish kasalliklarining oldini olish, diagnostikasi va davolashda yangi yondashuv va usullarni izlashga imkon beradi. Kasalliklarning ushbu tasnifi orasida qo'lning eng keng tarqalgan yiringli yallig'lanishi uzoq vaqt davomida muhim e'tiborni egallab kelmoqda. Amaliyotchi olimlarning bu qiziqishi, shuningdek, bemorlarning nogironligida ifodalangan kasallikning umumiy davomiyligi, davolash va tiklanish bilan oqlanadi (Petrushin A..L.2011; Rutenburg D..G.2014; Kennedi CD, Lauder AS, PRIBAZ JR. 2017).

O'rganilayotgan ushbu tibbiy-ijtimoiy muammoning nazariy va amaliy jihatlarini rivojlantirishda sezilarli yutuqlarga qaramay, klinikada jarrohga birinchi marta tashrif buyurgan bemorlar orasida uning tarqalishi 30% gacha va bu tendentsiya kamaymayapti. (Meni Menendez, halqa D. 2016). O'rganilayotgan ushbu tibbiy va ijtimoiy muammoning nazariy va amaliy jihatlarini rivojlantirishda sezilarli yutuqlarga qaramay, uning tarqalishi klinikada jarrohga birinchi marta tashrif buyurgan bemorlar orasida 30% gacha va bu tendentsiya kamaymayapti (Oxunov A..O.2018).

Statistika shuni ko'rsatadiki, ko'pincha turli mikrotraumlar natijasida asoratlar sifatidapaydo bo'ladigan kasalliklar 20 yoshdan 50 yoshgachabo'lib, constituting the aholining faol mehnat qobiliyati davrini tashkil qiladi. Bu holat nafaqat O'zbekiston, balki butun jahon hamjamiyatiga xosdir. Masalan, Polsha va Germaniya universitetlarida o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlar qo'lning yiringli kasalliklarining ko'payish tendentsiyasini tasdiqlovchi natijalar berdi (Kraynyukov P..Ye. 2018).

Bemorlar tomonidan olingan qo'l va barmoqlarning engil jarohatlariga beparvolik bilan e'tibor berish va bu haqda shifokorlarga murojaat qilmaslik yiringli yallig'lanishlarning rivojlanishiga olib keldi. So'nggi bir necha o'n yilliklar davomida turli mualliflar tomonidan to'plangan statistik materiallar asosida chiqarilgan xulosalar shundan dalolat beradi. Bunday mikrodamajlarning xavfi tor yara kanalining tez yopilishida yotadi, bu yaraning drenaj funksiyasini buzadi,

ularni turli joylar va murakkablikdagi yiringli patologiya shakliga aylantiradi. Ammo qo'lning yumshoq to'qimalariga katta mikrodamajlar kamdan-kam hollarda flegmona yoki panaritiumning namoyon bo'lishiga olib keladi, chunki, qoida tariqasida, bunday yaralar davolanadi va jarohatning drenaj funksiyasiionlari saqlanib qoladi (Babadjanov B.D., 2018). Birlamchi jarohatlarning qo'lning yiringli-yallig'lanishli lezyonlari shakliga aylanishining sabablari kesilgan, tishlangan, teshilgan, ko'kargan va in'ektsiyadan keyingi, kuygan va tug'ralgan yaralar va hokazolarda ularning pyogen infektsiyasi hisoblanadi. Bundan tashqari, steril bo'lmagan hirudoterapiya yumshoq to'qimalarning yiringli yallig'lanishining sabablari bo'lib xizmat qilishi mumkin. Xo'ppoz qaynatilishining yiringli yallig'lanishga aylanishi holatlari mavjud. Patogenlar kirib borishining gematogen yo'li orqali organizmda surunkali infektsiya o'choqlari mavjud bo'lganda vaziyatlarni istisno qilib bo'lmaydi. Shunday qilib, bu kasalliklarning oldini olish zarur; terining yaxlitligini ta'minlash uchun occu pational va maishiy jarohatlarni kamaytirish uchun choralar ko'rish mumkin va kerakpational and household injuries (Rutenburg D.. G., kon.,chev A.. V., Kokorin K.. V., Kokorev O.. V.2011).

O'zbekistonda qo'l va barmoqlarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarga jarrohlik yordamini tizimli tashkil etish, tashxisni yaxshilash, yara infektsiyalarini davolash va oldini olish bo'yicha bir qator tadbirlar amalga oshirildi (Oxunov A..O., 2015). So'nggi yillardagi tadqiqotlar tahliliga asoslanib, qo'lning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashning yangi oddiy va samarali ijobiy usullarini izlash eksperimental ravishda faol o'rganishga intilishi aniq va foydali davolash natijalarini abakterial yordamida olish mumkin. dimetil sulfoksidning 25% eritmasi yordamida muhit. Biroq, bugungi kunga qadar bu usul qo'llanilmagan va uning qo'l va barmoqlarning yiringli jarrohlik kasalliklarini mahalliy davolashda samaradorligi masalasi o'rganilmagan.

I bob. KAFT VA BARMOQLARNING YIRINGLI KASALLIKLARI HAQIDA QISQACHA MA'LUMOT

§ 1.1. Kaft va barmoqlardagi yiringli jarayonlar patogenezining anatomik va fiziologik xususiyatlari.

Statik, dinamik va hissiy funktsiyalarni bajarib, qo'l odamlar hayotida ustun rol o'ynaydi. Kaftning yiringli patologiyasini to'g'ri tashxislash, davolanish paytida kamchiliklarni va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarni o'z vaqtida aniqlash, shuningdek, kaftning yiringli-yallig'lanish kasalliklarini davolashning samarali usullarini tez va samarali tiklash maqsadida amaliy qo'llashni izlash. insonning turli funktsiyalarini amalga oshirish uning murakkab tuzilishi bilan qo'l, shifokorlar va ko'p avlod olimlari uchun alohida qiziqish uyg'otadi [1; c. 9-7, 5; c. 18-21, 48; c. 27-32, 67; c. 19].

Kaft-bilak suyaklari stiloid jarayonlar apices bog'lovchi an'anaviy liniyasi distal joylashgan yuqori oyoq, terminal qismi hisoblanadi. Qo'l quyidagilarga bo'linadi: proksimal qism yoki bilak sohasi (regio carpi), metakarpusning distal maydoni (regio metacarpi) va barmoqlar (digiti). Kaftning old va orqa yuzalari mavjud bo'lib, ular o'ziga xos anatomik va funktsional xususiyatlarga ega. Kaft yuzasining lateral qismlari bosh barmog'i (thenar) va kichik barmoq (gipotenar) mushaklari tomonidan hosil bo'lgan balandliklarga o'xshaydi. O'rta qismda barmoqlarning fleksor tendonlari lumbrikal mushaklar va suyaklararo mushaklar mavjud. Xurmo yuzasidagi terida ko'p miqdordagi ter bezlari mavjud, sochlardan butunlay mahrum, zich tuzilishga ega va harakatchanligi yomon (palma aponevrozi bilan kuchli birlashishi tufayli). Teri osti to'qimasida vertikal ravishda joylashtirilgan tolali kordonlar mavjud bo'lib, ular uni bir nechta uyalarga ajratadi. Ikkinchisida median va ulnar nervlarning kichik venoz magistrallari va palma shoxlari mavjud. Bilak va bilak sohasida joylashgan fastsiya to'g'ri (teri osti to'qimasidan chuqurroq) qalinlashadi va ligament ko'rinishini oladi. Palmaris longus mushaklarining tendoni ikkinchisiga bog'langan. Gipotenar mintaqada fasya propria palmaris kichik mushaklari ostida joylashgan. Kaftning tenar va gipotenar

orasidagi bo'shlig'ini kaft aponevrozi egallaydi, u uchburchak shaklga ega va yuzaki (bo'ylama) va chuqur (ko'ndalang) tolalardan iborat. Ikkinchisi qo'lning distal qismida tomirlar va nervlar teri osti to'qimalariga chiqadigan 3 ta komissural teshiklarni cheklaydi. Ushbu neyrovaskulyar to'plamlarni o'rab turgan tolalar komissural bo'shliqlarning tolasini kaftning o'rta tolali bo'shlig'i bilan bog'laydi. Ba'zi hollarda kallusning birlamchi yiringli jarayoni (kallus xo'ppozi yoki namin) raqamli neyrovaskulyar to'plamning tolasini bo'ylab (manjet kabi) kaftning o'rta uyali bo'shlig'iga tarqalishi mumkin, shu tufayli kaftning subgaleal flegmonasi rivojlanadi.

Kaft aponevrozi (fassial tolalar to'plamlari tufayli) va kaftning to'g'ri fastsiyasi 3 fasial yotoq hosil qiladi - lateral (lateral, medial) va o'rta. Ikkinchisi karpal kanalga o'tadi, lateral yotoqlar esa nisbatan yopiq fasial bo'shliqlardir.

Kaftning lateral to'shagida (thenar) quyidagilar mavjud: bosh barmog'ining mushaklari (ko'ndalang ligament va karpal suyaklardan), median asab va radial arteriya shoxlari.

Kaftning medial to'shagida (gipotenar) quyidagilar mavjud: beshinchi barmoqning yuqori mushaklari, shuningdek ulnar asab va ulnar arteriya shoxlari.

Kaftning o'rta to'shagida: yuzaki va chuqur fleksor digitorum tendonlari (sinovial qobiqlar bilan), lumbrik mushaklar, yuzaki kaft arterial kamari mavjud. Median to'shak ostida chuqur fastsiya mavjud bo'lib, u erda suyaklararo mushaklar, ulnar asabning chuqur shoxchasi va chuqur arterial palma kamari joylashgan. Kaftning proksimal qismida, aponevroz ostida, u bilan bog'langan kuchli, ushlab turuvchi fleksor ligament (retinaculum flexorum) mavjud bo'lib, 2 ta kanalni hosil qiladi: karpal yoki canalis carpi (barmoqlarning 9 fleksor tendonlari va median asab uchun) va radial karpal kanal (o'z ichiga oladi). sinovial qin bilan qo'lning fleksor tendoni).

Karpal tunneldan chiqqandan so'ng, median asab thenar mushaklariga filial beradi, shuning uchun bu sohadagi kesmalar median asabning ushbu filialiga zarar etkazishi va thenar mushak funksiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin.

O'rtacha palma bo'shlig'iga yuzaki (yoki subdaponevrotik) va chuqur (subtendinous) bo'shliqlar kiradi. Birinchisida yuzaki palma arterial kamari, ulnar va median nervlarning shoxlari mavjud. Ushbu bo'shliqning tolasi komissural teshiklar orqali metakarpal suyaklar boshlari maydonining tolasi bilan aloqa qiladi.

Chuqur yoki subtendinous, o'rta palmar uyali bo'shliq barmoqlarning dorsal yuzasi bilan bog'lanadi III–V (lumbrik mushaklarning kanallari tufayli), shuningdek bilakdagi chuqur Pirogov–Paron uyali bo'shliq bilan (karpal tunnel mavjudligi sababli).

Shunday qilib, barmoqlarning sinovial qobig'idagi yiringli jarayonlar (barmoqlarning yiringli tenosinoviti) yoki qo'lning kaft to'qimalari bo'shliqlari (kaftning yiringli tenobursiti) bilan murakkablashishi mumkin:

1. Radial (I barmoq) va ulnar (v barmoq) sinovial bursalardan yiringning to'g'ridan-to'g'ri aloqasi tufayli (10-15% hollarda) yoki yiring bursalardan birining devorlari orqali (ularning dastlabki anatomik bo'linishida) o'tishi tufayli qo'lning v shaklidagi flegmonasi.

2. Ulnar sinovial Bursaning yiringli-halokatli yallig'lanishi tufayli radial uyali bo'shliqdagi yiringli jarayon (sinovial bursa) yoki o'rta uyali bo'shliq flegmonasi tufayli tenar bo'shliq flegmonasi.

3. Bilakdagi Pirogov-Paron bo'shlig'ining flegmonasi yoki proksimal yoki karpal joylarda tenar yoki gipotenarning sinovial bursalarini yo'q qilish bilan yiringli tendovaginit.

Qo'lning dorsumi (dorsum manus). Ko'p sonli safen venalar va nervlarni o'z ichiga oladi, aralash venoz chiqish zonalarini (plexus - rete venosum dorsalis manus) va qo'l va barmoqlarning orqa qismidagi aralash teri innervatsiyasini hosil qiladi. Qo'l dorsumining biriktiruvchi ligamenti ostida (retinaculum extensorum) septa chuqurlashishi tufayli sinovial ekstansor qobig'i uchun 6 ta kanal hosil bo'ladi. Ulardan chuqurroq dorsal suyaklararo mushaklar yotadi.

Qo'l dorsumining chuqur (subaponevrotik) flegmonalari metakarpal suyaklar boshlari darajasida ekstansor barmoqlarining tendon cho'zilishi bilan qo'l dorsumining o'z fastsiyasining to'liq o'sishi tufayli retinakulum ekstensorum ostida

bilak tomon tarqalishi mumkin. Bunday holda, subgaleal bo'shliqning shishishi tufayli tendon nekrozini rivojlanishi ham mumkin.

Kaft barmoqlari. Barmoqlarning kaft yuzasi bir qator anatomik va funksional xususiyatlarga ega:

1. Terining Malpighian va papiller qatlamlarining zo'ravonligi yallig'lanish jarayonlarida uning sirt (yoki shoxli) qatlamining yangilanishini rag'batlantirish.

2. Ko'p sonli ter bezlarining mavjudligi.

3. Soch follikulalari va yog ' bezlarining yo'qligi (bundan mustasno furunkul va ateroma rivojlanish ehtimolini keltirib chiqaradi).

4. Vertikal joylashgan kuchli tolali ko'priklar bilan ajratilgan sferik birikmalar shaklida teri osti to'qimalarining ifodasi. Natijada, barmoqning kaft yuzasida (yoki yuzaki jinoyat) birlamchi yiringli jarayon suyakka, fleksor tendonlarining sinovial qobig'iga yoki interfalangeal bo'g'imga (suyak, tendon yoki bo'g'im shakllari) o'tish bilan chuqur tarqalishi mumkin.jinoyat).

5. Interdigital to'ni sohasida qo'lning orqa o'tib (barmoq lateral yuzasi bo'ylab) katta 1-2 abducens tanasiga osurman palmar yuzasi kichik limfa tomirlari dan shakllantirish. Natijada, barmoqning kaft yuzasida paydo bo'lgan felonning rivojlanishi bilan qo'lning dorsumining shishishi tezroq paydo bo'lishi mumkin, so'ngra ko'tarilgan limfangit va aksillar limfadenit paydo bo'lishi mumkin. Ikkinchisi IV va V barmoqlarning yiringli panaritiumi fonida paydo bo'ladi, ularning limfa tomirlari to'g'ridan-to'g'ri ulnar (kubital) limfa tugunlariga oqadi. With II-III barmoqlarning panaritium rivojlanishi bilan limfa drenaji ko'pincha subklavian yoki supraklavikulyar limfa tugunlarida (aksillerni chetlabo'tish) sodir bo'ladi.

6. Interfalangeal bo'g'inlar darajasida fleksor tendonlarining sinovial qobiqlarining halqali ligamentlari yiringli jarayonlarni (tendon yoki artikulyar jinoyatchilar) ochish va drenajlashda ehtiyotkorlik bilan himoyalangan bo'lishi kerak.

7. Mezotenon bo'lmasa (uning sinovial membranasi barglarining o'tish joylari orasida joylashgan tendonning "tutqichi"), bu joylarda yiringli ekssudat ta'siriga juda sezgir bo'lgan ligamentlar (vincula tendinum) shaklida rudimentar shakllanishlar mavjud. va intrasinovial bosimning oshishi (tendonga o'tadigan tomirlarning siqilishi). Oxirgi holat tufayli lokal tendon nekrozining rivojlanishi mumkin.

8. Ba'zi hollarda ekstansor radialisning sinovial qatlamlari

qo'lning orqa qismi bilak bo'g'imining bo'shlig'i bilan aloqa qiladi, shuning uchun qo'lning orqa tomonida lokalizatsiya qilingan yiringli jarayonlarning migratsiyasi mumkin.

9. Kichkina sohada ko'p sonli anatomik va funktsional shakllanishlarning (tendonlar va ularning qobiqlari, bo'g'imlari, asab tugunlari) kontsentratsiyasini hisobga olsak, hatto barmoq sohasidagi ifoda etilmagan yiringli jarayon ham qo'l funktsiyasining buzilishi bilan birgakekadi.

§ 1.2. Kaft va barmoqlarning yiringli kasalliklari tasnifi.

Barmoq sohasida lokalizatsiya qilingan yiringli jarayonlar "jinoyat" umumiy atamasi bilan ataladi (1 - jadval); barmoqlarning sinovial qobig'ida - "barmoqning yiringli tenosinoviti"; qo'lning kaft sinovial membranalarida (sumkalarida) - "qo'lning yiringli tendobursiti." Bundan tashqari, qo'l va barmoqlarning dorsumida furunkul va karbunkul shakllanishi mumkin.

Jadval 1

Anatomik tuzilishga qarab barmoqlarning yiringli kasalliklari turlari

Anatomik tuzilish	kasallikning nozologik shakli
Teri	Kaft yuzasi: Teri xasmoli. Tirnoq xasmoli: a) paronixiya (tirnoq tagidagi periungual qatlamning zararlanishi); b) tirnoq atrofi (tirnoq plastinkasining lateral qirralari zararlanishi);

	v) tirnoq osti xasmoli: – birlamchi; - ikkilamchi (erisepiloid, limfatik xasmol) Orqa yuzasi: Furunkul
Teri osti kletchatkasi	teri osti xasmoli: – tirnoq falangasi (kaft old yuzasi); - o'rta va asosiy falangasi; - barmoq orqa yuzasi;
Pay qini xasmoli va bo'g'im xasmoli	II, III, IV barmoqlarning pay xasmoli (yiringli tendovaginit) I yoki V barmoqlarning pay xasmoli (yiringli tendovaginit) bo'g'im xasmoli - bo'g'im-suyak bo'g'im;
Suyak	suyak xasmoli (birlamchi va ikkilamchi)
Qo'shma	artikulyar va osteoartikulyar (birlamchi va ikkilamchi)
Barmoqning yuqorida ko'rsatilgan barcha anatomik tuzilmalari	Pandaktilit (birlamchi va ikkilamchi)

Kaftning yumshoq to'qimalarining yiringli kasalliklari orasida cheklangan (xo'ppozlar) va keng tarqalgan jarayonlar (flegmona) ajralib turadi (2-jadval).

Jarayon davomida har qanday lokalizatsiyada 2 bosqich ajratiladi - seroz-infiltrativ va yiringli-nekrotik.

Anatomik tuzilishning shikastlanishiga qarab kaftning yiringli kasalliklari turlari

Anatomik tuzilish	kasallikning nozologik shakli
<i>Kaft yuzasi</i>	
Teri	teri xo'pposi kallus xo'pposi komissural yoki interdigital flegmon
Teri osti kletchatkasi	Nadaponevrotik (teri osti) flegmon Interdigital flegmon
Fasial- kletchatka bo'shliqlari	flegmonasi (birinchi barmoqning ko'tarilishi) gipotenar sohaning flegmonasi (beshinchi barmoqning balandligi) median palmar flegmonasi bo'sh joy: - nadaponevrotik – - subgaleal supratendinous; - Subgaleal subtendinous (haqiqiy chuqur) Pirogov- Paron flegmon
Pay qini xasmoli	v shaklidagi (kesib o'tgan) flegmonasi: - birlamchi; - ikkilamchi
<i>Orqa yuzasi</i>	
Birlashgan shakllar	Kaft old va orqa yuzasi flegmonasi (birlamchi va ikkilamchi): teri osti; subaponevroz Kaft flegmonasi

§ 1.3. Kaft va barmoqlarda yiringli jarayonlarning rivojlanishidagi etiologik va patogenetik omillar.

Kaftning o'tkir yiringli-yallig'lanish kasalliklari (API), yiringli jarrohlik

sohasidagi olimlarning fikriga ko'ra, zamonaviy ambulatoriya jarrohlik amaliyotida alohida o'rin tutadi, barcha turdagi klinik ko'rinishlar va kasallik jarayonining borishi, paydo bo'lish chastotasi va davolash davomiyligi bilan farqlanadi, bu kasallikning barcha turlarida aks etadi. bemorlarning vaqtincha mehnatga layoqatsizligi muddati [3; c. 54-57, 46; c. 47-50, 52; c. 43, 96; c. 585-590].

Turli mahalliy va xorijiy mualliflarning fikriga ko'ra, qo'lning jinoyat va flegmonalarining chastotasi 15-18% dan 20-30% gacha, travma 27% gacha va yiringli patologiya 60% gacha. [2; c. 19-21, 16; c. 577-588, 46; c. 47-50, 73; c. 335-340]. Yiringli infektsiyani rivojlanishining sabablari orasida bemorlarning qo'llarining bakterial florasi ham mumkin, bu atrof-muhit sharoitlari va kasbiy xususiyatlarining o'zgarishiga sezgir bo'lishi mumkin. Ko'pgina tadqiqotlar ularning mualliflari tomonidan yiringli infektsiyaning asosiy qo'zg'atuvchisi (shu jumladan qo'l va barmoqlar sohasida): stafilokokklar, streptokokklar, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus* va boshqalar degan xulosalarga olib keldi. Ko'pincha stafilokokklar. Mikroblarning ifloslanishiga qo'l terisining mikrodamaji sabab bo'ladi: sim, yog'och chiplari, metall qirg'ichlar va boshqalar., ishqalanish, chaqiriqlar, teri yoriqlari va boshqalar. [64; c. 2059-2062, 90; c. 11-15, 114; c. 639-649,]. Sezuvchanlik uchun yiringli kasalliklar qo'l (ko'proq 15% kishilar kim burilib uchun jarrohlar) uchun bunday kasalliklar ham barmoq va qo'l o'zi, tufayli professional xususiyatlari, qo'yadi, bu patologiya birinchi o'rin va sezilarli darajada kamaytiradi sifati va samaradorligini oshirish workers yilda "xavfli" kasblar [4; c. 42-45, 33; c. 48-51, 39; c. 50-54].

Yunon olimlari (Konstantinos N Malizos, Zoe K Papadopoulou 2020) shuni ko'rsatadiki, davolanishning muvaffaqiyati va davomiyligi odamning qo'llaridagi jarohatlar va jarohatlarga bo'lgan munosabatiga bog'liq. Inson qo'li, tananing bir qismi sifatida, shikastlanishga, terining yaxlitligini yo'qotishga va bakteriyalar tomonidan yuqtirishga eng sezgir, ko'pincha *Staphylococcus aureus*, gemolitikstreptokokklar va grammusbat bakteriyalar. Infektsion bo'lsa, mobil anatomik tuzilmalar va sinovial membranalar bir-biriga yaqin joyda yiringni chuqur bo'shliqlar va bo'linmalarga yoyishi mumkin. Xo'ppoz shakllanmagan engil

erta infeksiyalar antibiotiklarni davolashga javob berishi mumkin, ammo keyingi bosqichlarda eritema, shish, qattqlik va kuchli og'riq paydo bo'lishi mumkin. Xo'ppoz shakllanishi zaiflashtiruvchi og'riq, isitma, tizimli alomatlar va hatto sepsisga olib keladi. Nekrotizan infeksiyalar nafaqat oyoq-qo'llarga, balki bemorning hayotiga ham tahdid solishi mumkin. Shuning uchun dastlab " ahamiyatsiz " qo'l shikastlanishini hech qachon e'tiborsiz qoldirmaslik kerak, chunki u chuqur kosmik infeksiyaga aylanishi mumkin, uni darhol drenajlash, tozalash va tomir ichiga antibiotiklar bilan davolash kerak. Tashxisning kechikishi va dastlabki davolanishning etarli emasligi tezda xo'ppoz shakllanishiga, toymasin sirtlarning yo'q qilinishiga va normal anatomiyaga va tuzatib bo'lmaydigan funksional pasayishiga olib kelishi mumkin [94; c. 315-324, 98; c. 338].

Funktsiyasi, anatomiyasi va turli xil patogenlarga ta'sir qilishi tufayli qo'l infeksiyaga juda moyil. Ushbu infeksiyalarning aksariyati travmadan keyingi. Infeksiyalangan qo'llardan izolyatsiyalarda asosan *Staphylococcus aureus* va a guruhi SS-gemolitik streptokokklar mavjud. Ammo differentsial tashxisga pyoderma gangrenozum, qo'l o'smalari, revmatoid artrit va artikulyar podagra ham kiradi, chunki bu qo'l infeksiyasini taqlid qilishi mumkin. Qo'lning infeksiyalari qayta tiklanishi kerak bo'lgan to'qimalarning katta shikastlanishiga olib kelishi mumkin. Texnikani tanlash nuqsonning joylashishi va hajmiga bog'liq bo'lib, birlamchi yopilish, bo'linish qalinligi va terining to'liq payvandlanishi, shuningdek, mahalliy, mintaqaviy va uzoqdagi qopqoqlar kabi murakkab protseduralarni o'z ichiga oladi [42; c. 92-116, 88; c. 1189-1282, 129; c.283-289].

Nemis olimlarining katta guruhi "steril" flegmonoz qo'l infeksiyalarining differentsial diagnostikasini ko'rib chiqmoqda [82; bilan. 1040-1045]. Bakterial infeksiyalar qo'l jarrohligi bilan bog'liq favqulodda vaziyatlarning muhim qismini tashkil qiladi. Ba'zi hollarda pyoderma gangrenozum va mikobakterial infektsiya bir xil alomatlar bilan namoyon bo'lishi mumkin: shish, og'riq va yiringli sekretiya. Bunday hollarda jarrohlik davolash zararli bo'ladi. Shuning uchun, ikki hollarda taqdim etiladi bu erda - pyoderma gangrenosum va sil - munosabati bilan bir keng tarqalgan bakterial infektsiya qo'llari [6; c. 59-60, 77; c. 109-136].

Qo'llarga kamdan-kam ta'sir qiladigan kasalliklar haqidagi ikkita holat hisobotiga asoslanib, ularning differentsial diagnostikadagi ahamiyati adabiyotga havola qilingan holda namoyish etiladi. Ikkala holatda ham mualliflar bakterial smear natijalari bilan bakterial qo'l infeksiyasining klinik belgilarini topdilar. Bir nechta jarrohlik muolajalardan so'ng, bitta bemorda son va burun septumidagi pyodermaga o'xshash shikastlanishlar aniqlangandan so'ng, qo'l dorsumining pyoderma gangrenozumi aniqlandi va oldindan mavjud bo'lgan yarali kolit hisobga olindi. Kortikoid terapiyasi to'liq remissiyaga sabab bo'ldi. Shunga o'xshash klinik belgilarga ega bo'lgan ikkinchi bemor bizning muassasamizga o'tkazilishidan oldin boshqa kasalxonada bir necha marta operatsiya qilingan. Pyoderma gangrenozumining taxminiy tashxisi qo'yildi va prednizon bilan davolash bilan simptomlar tezda yaxshilandi. 2 hafta o'tgach, yaraning holati va bemorning ahvoli keskin yomonlashdi. Yelka darajasida amputatsiyadan so'ng, bemor septik ko'p organ etishmovchiligidan vafot etdi. Otopsi qo'lidan chiqqan sil sepsis nozil. Shuning uchun kasallik tarixini diqqat bilan o'rganish kerak, chunki bu tashxis qo'yish uchun muhimdir. Salbiy smear bo'lsa, ayniqsa kekxa, immuniteti zaif bemorlarda va o'pka sil kasalligi bilan og'rikan bemorlarda Ziehl-Neelsen binoni qilish kerak. Ko'p ko'zli lezyon yoki oldindan mavjud bo'lgan surunkali yallig'lanishli ichak kasalligi bo'lsa, pyoderma gangrenozumning taxminiy tashxisi lezyon chetidagi biopsiya bilan tasdiqlanishi mumkin. Ikkala holatda ham keraksiz travmatik operatsiyalarning oldini olish va davolanishni optimallashtirish mumkin edi [12; c. 18-20, 47; c. 7-10].

Mikrotraumlar ko'pincha kasbiy harakatlar bilan bog'liq bo'lganligi sababli, kasallik ko'pincha mehnat yoshida sodir bo'ladi, buni jahon statistikasi tasdiqlaydi. Xuddi shu tendentsiya O'zbekistonda ham kuzatilmoqda; kasallik xavfi 20 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan erkaklar uchun (ko'proq darajada) paydo bo'ladi [11; c. 48, 55; c. 29].

Polsha va Germaniya olimlari klinisyenlari (Manster universiteti) kasallikning etiologiyasini aniqlashda bemorlarning kasbiy faoliyatining xususiyatlarini hisobga olish kerak degan xulosaga kelishdi. [116; c. 449-452], bu ularning epidemiologik

tadqiqotlar natijalari bilan tasdiqlanadi [33; c. 48-51]. Yiringli kasalliklarning paydo bo'lishini mavsumiylik bilan bog'laydigan mualliflarning asarlari mavjud, bu tendentsiya panaritiumni tashxislash holatlarining 75 foizida bemorlar tibbiy muassasalarga tashrif buyurganlarida aniqlangan. ctors for tP HD t u yuzaga uchun boshqa faHD ctors hollarda 71% odatdagi professional faoliyatini amalga oshirish teri yuzasiga zarar (mexanik, issiqlik, sanoat va maishiy kimyo ta'siri ostida) va yara sayt infektsiya hisoblanadi [9; c. 49-53; 29; c. 43, 79; c. 402].

Polsha mualliflar [132; c. 477-483] yuqori ekstremitalarning og'ir infektsiyalarini ko'rib chiqing, davolash sabablari va usullarini tahlil qiling. Yuqori ekstremlal infektsiyalar erta davolanmasa, jiddiy muammolarga olib kelishi mumkin. Dastlab, qo'l yarasi zararsiz ko'rinadi, ammo infektsiya tendonlarning sinoviumi orqali barmoqdan qo'l, bilak va bilakka tarqalib, oxir-oqibat yuqori ekstremitaning selulitini hosil qilishi mumkin. 1999 yildan 2005 yilgacha bo'lgan davrda mualliflar bo'limda yuqori ekstremitalarning chuqur infektsiyalari bo'lgan 37 bemorni aniqladilar. Bemorlarga 28 yoshgacha bo'lgan 9 erkak va 50 ayol kirdi. Dastlabki hodisa va kasalxonaga murojaat qilish oralig'i o'rtacha 12 kunni tashkil etdi (2-62 oralig'i). Eng ko'p uchraydigan sabab qo'lning yuzaki ko'karishi edi - 13 kishi, qo'lning engil yarasi - 8 va tishlash - 6 kishi. 14 holatda infektsiya barmoq (jinoyat) da, 23 bemorda - qo'l, bilak va bilakda lokalizatsiya qilingan. Ushbu 6 bemorning 23 tasida raqamdan bilakgacha bo'lgan butun distal oyoq ta'sir qildi. Barcha bemorlar turniket yordamida mintaqaviy behushlik ostida operatsiya qilindi. Bir nechta keng kesmalar qilindi, yiring va nekrotik to'qimalar olib tashlandi va yaralar ochiq davolandi. Stafilokokk aura topilgan eng keng tarqalgan patogen edi 271 ning 30 bemorlar (90%). 5 bemorda (13%) infektsiya shunchalik chuqur ediki, nekroz paydo bo'ldi va amputatsiya talab qilindi. Bir barmoqni amputatsiya qilish 3 bemorda amalga oshirildi, bitta bemor uchta barmoqni amputatsiya qilishni talab qildi, boshqasida esa bilak to'liq yo'qoldi. 17 holatda jarohatni davolash ikkilamchi choklar, teri greftlari va pedikulyar qopqoqlar yordamida osonlashtirildi. O'rtacha kasalxonada qolish 7 kun edi (4-38 oralig'ida). Og'ir infektsiyalarning eng ko'p uchraydigan sabablari yuzaki infektsiyalarni

davolash uchun juda ko'p vaqt talab qilgan shifokorlarning bexabarligi va infeksiya o'ta og'irlashguncha shifokorga tashrif buyurishni kechiktirgan bemorlarning beparvoligi edi. Yuqori oyoq-qo'l infeksiyalarini davolash uchun quyidagi algoritm aniqlandi: etarli behushlik ostida va qonsiz maydonda jarrohlik, keng kesmalar, drenaj va oyoq-qo'lning erta safarbarligi, bu amputatsiya va oyoq-qo'lning og'ir funktsional buzilishi xavfini kamaytiradi [7; c. 11-13, 50; c. 142-151, 117; c. 537-541, 130; c.394-399].

Kolodkin B. B. (2019) o'zining dissertatsiya tadqiqotida qo'lning anatomik tuzilishining xususiyatlaridan tashqari, kasallikning og'irligiga "yagona tashkiliy ko'rsatmalarning etishmasligi" sezilarli darajada ta'sir qilishini aniqladi, unga ko'ra davolanish kerak.uzoq tiklanish vaqtini oldini olish uchun amalga oshiriladi. Shuningdek, davolanish paytida kamchiliklar yoki kasallikning murakkabligi tufayli yuzaga keladigan asoratlar bemorlarning o'zlari uchun ish bilan ta'minlash, ularni moddiy qo'llab-quvvatlash va psixologik holatida ifodalangan murakkab ijtimoiy muammolarni keltirib chiqaradi degan oqilona fikrmavjud. Vujudga kelgan muammoning qator masalalarini aniqlagandan so'ng, muallif statsionar va ambulatoriya sharoitida qo'l va barmoqlarning yiringli kasalliklarini davolashning mavjud taktikasi usullarini tadqiqot natijalari va davolanish vaqtini aks ettirgan holda tahlil qildi. Quyidagi qo'shimcha omillar qabul qilindi: demografik ko'rsatkichlar, kasalxonaga yotqizish davri, birlamchi tibbiy yordam turlari, diagnostikaning kengligi va to'liqligi, bemorlarning jarrohlik rejimlari imkoniyatlarining xususiyatlari. Tahlil natijalariga ko'ra, operatsiya qilingan joylarning funktsionalligi va estetik ko'rinishini saqlab qolish uchun barmoqlar va qo'llardagi individual jarrohlik mahalliy yondashuvlariga bir qator o'zgartirishlar taklif qilindi. Bundan tashqari, Kolodkin B. B. konservativ va jarrohlik ko'rsatkichlarini, ko'lamini va bosqichma-bosqich davolashni tizimlashtirish bo'yicha o'z ishining natijalarini taklif etadi. Ha nd va barmoqlarning yiringli-yallig'lanish kasalliklari uchun jarrohlik uchun umumiy davolash algoritmiyaratildi [26; c. 24].

Xususiyatlari, davolash usullari va qo'lni eng keng tarqalgan yumshoq to'qima o'smalari natijalari mualliflar tomonidan ko'rib chiqiladi (Massimiliano Tripoli, Cordova Adriana, Moscella Francesco 2017). Ularning fikriga ko'ra, qo'lni yumshoq to'qimalari o'smalarini tashxislash ko'pincha ushbu sohada mavjud bo'lgan turli xil anatomik tuzilmalar tufayli qiyinlashadi va shunga qaramay, klinitsyenlar odatdagi benign lezyonlarni hayot uchun xavfli yoki oyoq-qo'llar uchun xavfli kasalliklardan ajrata olishlari kerak. Palermo universitetining plastik va rekonstruktiv jarrohlik kafedrasida qo'l o'smalari bo'lgan 629 bemor tekshirildi. Davolash hamma uchun jarrohlik edi; gistologik tashxis asosida radiatsiya va kimyoviy terapiya ham talab qilinadi. Bu retrospektiv o'rganish bilan bir ko'rib adabiyoti hisoblanadi qaratilgan taqdim eng tez-tez kuzatiladi zararlanishlar yumshoq to'qimalarning tomondan, tahlil qilish, ularning sabablari, ularning maqsadi va instrumental baholash, shuningdek, davolash usullari [107; c. 1147-1157, 128; c.1-7].

Panaritium va flegmona shaklidagi yiringli yallig'lanish kasalliklari, natijada paydo bo'lgan mikrodamajlar (yaralar) infeksiyasi natijasida ko'pincha bemorlarning ishlash qobiliyatini yo'qotishiga olib keladi, chunki dastlabki bosqichlarda mikrotraumlar har doim ham shifokorlar tomonidan aniqlanmaydi [13; c. 6-8, 25; c. 11-12, 27; c. 48-54, 97; c. 616-625].

Ijtimoiy-iqtisodiy nuqtai nazardan, ushbu guruh kasalliklari ularning yuqori chastotasi muammosiga asoslanib, ham moliyaviy (ishchilar uchun kasallik ta'tilini to'lash), ham iqtisodiy zararni (mehnat unumdorligini pasaytirish) keltirib chiqaradi. Shuning uchun qo'lni yiringli kasalliklarini tashxislash, davolash va asoratlarini oldini olish muammolari bugungi kunda o'z ahamiyatini yo'qotmaydi [21; c. 16-18, 31; c. 52-54, 59; c. 68-72, 74; c. 1-8, 121; c. 166–174].

Ilmiy jarrohlar tomonidan olib borilgan va statistik tendentsiyalarni hisobga olgan holda olib borilgan tadqiqotlarning butun hajmi umumiy xulosaga qaratilgan: mikrotraumlarga befarq munosabat, mayda yaralarni antimikrobiyal davolash yo'qligi va tibbiy yordamga e'tibor bermaslik, flegmonalar va jinoyatchilar shaklida asoratlarni keltirib chiqardi, chunki drenaj funktsiyasi. tor

yara kanali yopilganligi sababli buzilgan [14; c. 30-36, 24; c. 53-55, 32; c. 94-96, 127; c. 403-411].

Krainyukov P. E. (2010) o'z ishida GIBD bilan og'rigan bemorlarning 787 bemorini (turli lokalizatsiyaning yiringli patologiyasi bo'lgan barcha statsionar bemorlarning 24%) o'rganish natijasida turli xil ishqalanish va qo'llardagi kichik yaralar xavfi haqida dalillar keltiradi. Shunisi e'tiborga loyiqki, bemorlar orasida asosan mehnatga layoqatli erkaklar bor edi. Faqat 1,1% hollarda bu tashxis ayollarga berilgan. Kasalliklarning nozologik shakllariga ko'ra quyidagi tuzilma taqdim etildi: jinoyat - 70,4% hollarda, xo'ppozlar - 20,7% hollarda, flegmona - 8,9% hollarda. Bundan tashqari, bemorlarda o'ng qo'l ko'pincha 78% hollarda ($p < 0.05$) ta'sir ko'rsatdi. Panaritium ko'pincha qo'lning birinchi barmog'ida - 48%, ikkinchisida - 33% va uchinchisida - 13% hollarda tashxis qo'yilgan. To'rtinchi va beshinchi barmoqlardagi Panaritium mos ravishda 4% va 1% hollarda kamroq tashxis qo'yilgan. Shunday qilib, eng katta mehnat yuki birinchi uchta barmoqqa tushishi aniq.

Tirnoq falanksining shikastlanishi 77% hollarda, o'rta falanks 13% hollarda va asosiy falanks 7% hollarda kuzatilgan. 3% hollarda bir vaqtning o'zida ikkita falanjdagi shikastlanishlar kuzatilgan.

Shuningdek, kaftlarda va qo'lning orqa qismida yiringli-yallig'lanish kasalliklari borligi haqida kuzatuvlar mavjud edi - mos ravishda 75% va 24%. [34; c. 48-51].

Krainyukov P. E. ko'ra, PHD yuzaga uchun xavfli season bahor-yoz davri hisoblanadi, va barmoqlari jinoyatchilar uchun - qish. Ushbu davrda kasallik rasmiylashtirilgan shaklda o'zini namoyon qiladi. Shifokorga tashrif buyurish muddatidan 7,5 kunga oshib ketish jiddiy asoratlarga olibkeladi. [56; c. 62-65, 75; c. 1038-1046, 131; c.20-27].

Poroxdan foydalanish zamonaviy dunyoda qo'l kuyishining keng tarqalgan sababidir. Jarohatlar asosan ambulatoriya sharoitida davolanishi mumkin bo'lgan engil jarohatlardir, jarrohlik amaliyotini talab qiladigan jiddiy jarohatlar. Mualliflar Navarro-Monzonis A., Benito-Ruiz J. bu kuyishlarni davolashda o'z tajribalari

bilan o'rtoqlashadilar. 123 va 1983 orasida kasalxonaga yotqizilgan bemorlarning 1990 klinik yozuvlarini ko'rib chiqish haqida xabar berilgan. Eng keng tarqalgan qurbonlar asosan ko'chada baxtsiz hodisalarga duchor bo'lgan o'smir erkaklardir. Eng jiddiy kuyishlar kasbiy baxtsiz hodisalardan so'ng, bemorlarning 47 foizida o'lim holatlari qayd etilgan. Kuchli kuyishlar odatda chuqur teri yoki to'liq qalinlikdagi kuyishlarni o'z ichiga oladi. Umumiy naqsh chanoq, jinsiy a'zolar, gipogastrium va qo'llarni o'z ichiga oladi va bemorning shim cho'ntagida otashinlar yoqilganda sodir bo'ladi. Ushbu lezyonlarni davolash boshqa vositalar tomonidan kelib chiqqan kuyishdan farq qilmaydi [101; c. 551-556, 133; c.297-300].

Rutenburg D. G. va boshq. (2011) o'z tadqiqot ishlarida qo'lning yiringli yallig'lanishini shakllantirishda ijtimoiy omillar, maishiy va kasbiy jarohatlarning roliga to'xtaldi. Ular 660 (65% erkaklar va 35% ayollar) bemor yozuvlari misolida OGZKNING namoyon bo'lishi va kechishining epidemiologik va klinik xususiyatlarini o'rganishdi. Shunga qaramay, biz erkaklarda qo'lning yiringli shikastlanishi holatlarining ustunligini kuzatamiz, bu ularning kasbiy ish xususiyatlari bilan bog'liq. Demografik tuzilma quyidagicha berilgan: 13% ishchilar, 28% xodimlar, 30% ishsizlar, 4% ma'muriy ishchilar, 6% talabalar, 6% nafaqaxo'rlar, 11% nogironlar. Yoshga kelsak, GIBD bilan kasallanish 20 yoshdan 60 yoshgacha bo'ladi. Olingan tuzilish shuni ko'rsatadiki, bu kasallikka k yoqali ishchilar kabi fessionlarda mehnatga layoqatli yoshdagi erkaklar uchun xosdir.

Mualliflar tomonidan taqdim etilgan kasallikning sabab tuzilishi ham e'tiborga loyiqdir. Jarrohlarga qilingan barcha tashriflarning 68 foizida qo'l terisi kasalliklari tarixi (kesishlar, ko'karishlar, chaqishlar, turli xil o'tkir narsalar bilan in'ektsiya, in'ektsiya in'ektsiyalari, kuyishlar va tug'ralgan yaralar, steril bo'lmagan hirudoterapiyadan keyin), mikrotrauma qayd etilgan.pyogen infektsiya kirib bordi. Furunkul yoki boshqa surunkali infektsiya o'choqlarining o'sishi va mikroblarning gematogen kirib borishi tufayli yiringli yallig'lanish holatlari kamuchraydi [15;c. 6-8, 23; c. 16-17, 36; c. 12-14, 112; c. 41-44, 123; c. 948-956].

Shuningdek, ushbu tadqiqot ishida sanitariya madaniyatining minimal darajasi va birinchi yordam bo'yicha tibbiy bilimlar va yaralarni davolash

qobiliyatlari bo'yicha professional tibbiy yordamga murojaat qilish davriga ta'siri nuqtai nazaridan tahlil o'tkazildi. Bemorlarning eng ko'p soni faqat kasallik boshlangan kundan boshlab 4-kuni professional tibbiy yordamga murojaat qilishdi. Shifokorga borishni kechiktirganlarning deyarli 58 foizi o'z-o'zini davolash imkoniyatiga ishonishgan. Buning uchun ular Vishnevskiy malhami, kaliy permanganat, osh tuzining konsentrlangan eritmasi, ichthyol malhami, metiluratsil va Levomekol malhamlaridan foydalanganlar. Potentsial bemorlarning bunday xatti-harakati tabiiy ravishda qo'l va barmoqlarning yiringli-yallig'lanish kasalliklarining murakkab kursiga olib keldi, bu davolanish muddatiga ta'sir qildi va ba'zi hollarda qo'llarning funktsional va kosmetik nuqsonlarining namoyon bo'lishiga olib keldi [17; c. 41-44, 61; c. 10-14, 92; c. 120-128].

Ko'rib turganimizdek, tadqiqot mualliflari kasallikning o'tkir rivojlangan shaklining asosiy tarixini qayd etishadi, bu ko'p hollarda o'z-o'zini davolash samarasizligidan keyin kasalxonaga boradigan bemorlar bilan bog'liq.

II bob. AMBULATORIYA SHAROITIDA KAFT KASALLIKLARINI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH BO'YICHA ZAMONAVIY USULLAR.

O'zbekistonda zamonaviy sog'liqni saqlash aholiga diagnostika, ambulatoriya va statsionar yordam ko'rsatadigan klinikalar va klinikalar tarmog'ining keng rivojlanganligi bilan ajralib turadi. Xususan, ambulatoriya jarrohligi rivojlanish va takomillashtirishning alohida yo'nalishiga ega bo'lib, o'z oldiga erta tashxis qo'yish, shu jumladan yiringli kasalliklarni qo'yish va kasalxonaga yotqizilmagan bemorlarni kompleks davolashning zamonaviy takomillashtirilgan usullaridan foydalanish vazifasini qo'yadi.

Biroq, tibbiyotda, shu jumladan qo'shni mamlakatlarda sog'liqni saqlashda hali ham juda katta muammolar mavjud bo'lib, ular ambulatoriya jarrohligi sharoitida, bemor kasalligining og'irligini statsionar darajaga keltirmasdan hal qilinishi mumkin. Ushbu sohadagi tadqiqotchilarning tahliliy ma'lumotlariga ko'ra, bemorlarning 32% gacha ambulatoriya sharoitida jarrohlik yo'li bilan davolanishi mumkin bo'lgan tashxis qo'yilgan kasalxonaga yuborilganligi taxmin qilinmoqda [22; c. 40, 68; c. 28, 103; c. 78-96].

Davlatimizda ambulator jarrohlik xizmatlarini faollashtirish uchun ambulatoriya sharoitida jarrohlik aralashuvlarni o'tkazish imkoniyatlarini kengaytirish uchun maxsus sharoitlar yaratish va klinikalarni qayta jihozlash ishlari olib borilmoqda. Bunday tadbirlar shifoxonalarda bemorlarni qisqa muddatli davolash vasog'liqni saqlash sohasidagi redu ce iqtisodiy xarajatlarini ta'minlashga imkon beradi. Ba'zi asarlarning xorijiy mualliflari kuzatuvlarga asoslanib, teri osti feloni, paronixiya, subungual felon, suyak feloni, tendon feloni, artikulyar felon, qo'l flegmonasi, pandaktilit (rejalashtirilgan jarrohlik operatsiyalarining 40-50% gacha) kabi kasalliklarni ambulatoriyada amalga oshirish mumkinligini ta'kidlaydilar asos yoki qisqa muddatli statsionar asosda. Ushbu kasalliklarning seroz-infiltrativ bosqichida ular konservativ davodan, yiringli-nekrotik bosqichida esa jarrohlik davolashdano'tadilar. Biroq,

mamlakatimiz va MDH mamlakatlaridagi klinikalarda jarrohlik faolligining oshishini ta'minlash uchun yaratilgan instrumental, apparat va moddiy sharoitlar etarli emas. Jarrohlarning sub'ektiv munosabati, bilimi va tajribasi va umuman ularning shaxsiy tashabbusi ushbu muammolarni hal qilishda e'tibor berish kerak bo'lgan omillardan biridir. Ambulatoriya va minimal invaziv jarrohlik markazi-bu jarrohlik bemorlariga malakali yordam ko'rsatishga va sezilarli iqtisodiy samara berishga imkon beradigan samarali tashkiliy tuzilma [28; c. 28-34, 40; c. 51, 44; c.18-20, 66; c. 113-118, 83; c. 49-52, 131; c.20-27].

Kaftning o'tkir kasalliklari ambulatoriya jarrohligi amaliyotida yuqori chastotali tashriflar bilan o'rinlardan birini egallaydi, bu ambulatoriya jarrohlik idorasiga murojaat qilganlarning yarmigacha. Kaftning og'ir yiringli-yallig'lanishli lezyonlari uzoq muddatli davolanishni talab qiladi. The average Bunday bemorlarni davolashning o'rtacha davomiyligi ikki haftadan 27 kungacha (teri osti jinoyati bilan - 14,3 kun, subungual bilan - 15,6 kun, suyak bilan - 30,1 kun, tendon bilan - 26,0 kun, artikulyar bilan - 25,2 kun, pandaktilit bilan - 27,0 kun). Barmoqning barcha tuzilmalariga to'liq zarar etkazish bilan namoyon bo'ladigan pandaktilit bu patologiyaaning eng og'ir shakli bo'lib, ko'pincha organning yo'qolishiga olib keladi va o'ng qo'lning birinchi barmog'ida 50% bajaradigan jarayon sodir bo'lganda. qo'lning funktsiyasi, nogironlikka bemorning. Kasallikning tarqalishi, antibiotiklarga chidamli shtammlar sonining ko'payishi, uzoq davolanish muddatlari, qo'lning inson faoliyatidagi muhim funktsional ahamiyati yangi davolash usullari va zamonaviy materiallarni talab qiladi, bu esa qo'lning yiringli-yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning vaqtincha nogironligini kamaytiradi va yo'q qiladi. [49; c. 32-35, 58; c. 24, 87; c. 361, 110; c. 301-309].

O'z navbatida, ishlab chiqarishda va tashkilotlarda qo'llarning mayda shikastlanishlarining oldini olish bo'yicha keng choralar ko'rish, aholi o'rtasida sanitariya-o'zini anglashni oshirish bo'yicha ta'limiy tushuntirishlar o'tkazish mehnat qilayotgan aholida qo'l va barmoqlarning yiringli-yallig'lanish

kasalliklarini kamaytirishga va asoratlarni oldini olishga yordam [18; beradi. [18;24, 43; c. 18-21, 53; c. 65-72, 85; c. 2119-2146, 89; c. 250-254].

Davolashning bosqichma-bosqich amalga oshirilishini hisobga olgan holda, antibiotik profilaktikasi infektsiya bo'lmasa va birlamchi jarrohlik kesma hududida drenaj zarur bo'lganda samarali bo'lishi odatda qabul qilinadi. Yiringli jarrohlikda ishlatiladigan antibakterial preparatlar ta'sir doirasi, farmakokinetik xususiyatlari, dozalari va qo'llash usullari bo'yicha jarrohlik kesma maydonini himoya qilish talablariga javob berishi kerak. Jarrohlik amaliyotida davolash joyida terini bezovta qilmaydigan, oson so'riladigan va epitelizatsiya jarayonining tezlashishiga olib keladigan dorilarga alohida e'tibor beriladi [47; c. 361, 91; c. 430-436].

Belaruslik muallif (Trizna N. M.) ambulator jarrohlikda neomitsin aerosolli antibiotik profilaktikasini qo'llash bo'yicha eksperimental tadqiqot natijalarini taqdim etdi. Aerosol faol komponent - neomitsin sulfat bilan suspenziyadir. O'z navbatida, Niomitsin sulfat aminoglikozid antibiotiklar guruhiga kiradi, ularning faoliyati gram-musbat va gram-manfiy aerob mikroorganizmlarga qarshi qo'llaniladi: stafilokokk spp., Streptococcus spp., Escherichia coli, Proteus spp., Enterobacter aerogenes, Klebsiella pnevmoniyasi va boshqalar. uning samaradorligi yara yuzasida yuqori konsentratsiyalar bilan ortadi. Niomitsin aerosol furunkuloz, yuqumli impetigo, pyoderma, infektsiyalangan ekzema, infektsiyalangan yaralar, infektsiyalangan yaralar va I va II darajali sovuqni davolashda o'z ta'sirini ko'rsatdi [19; c. 13, 35; c. 24, 126; c.162-165].

Tajriba shuni ko'rsatdiki, neomitsin aerosol optimal antibakterial preparat xususiyatlariga ega va operatsiyadan keyin ishlatilishi va ambulatoriya jarrohligida qo'llanilishi mumkin [41; c. 1-3].

AccordMoskva jarrohlariga kelishuv [37; p.62-64, 98; p. 338], jarrohlikdagi zamonaviy ilmiy va uslubiy yutuqlar ambulatoriya sharoitida barmoqlar va qo'llarning yiringli patologiyasini amaliy jarrohlikda kam qo'llaniladi. Barmoqlar va qo'llarning yiringli patologiyasini jarrohlik bo'yicha ixtisoslashtirilgan bo'limida 1500 bemorga statsionar tibbiy yordam ko'rsatish tajribasini tavsiflab, ular davolash xizmatlarining sifati to'g'risida xulosa chiqaradilar va ambulatoriya

sharoitida jinoyatchilar va flegmonalarni davolashda "bir qator xarakterli xatolarni" tasvirlaydilar [54; c. 74-77, 100; c. 311-318].

2009 yilda bir guruh tadqiqotchis maqola taqdim etdi [56; p. 62-65] haqida klinik vaical features complicated by PHD immunolog murakkab felons va qo'lning yallig'lanishsiz kasalliklari bo'lgan bemorlarni o'rganish ma'lumotlari asosida PHD tomonidan murakkab ical xususiyatlari. Kuzatishlar shuni ko'rsatdiki, ko'pincha o'ng qo'lning birinchi va ikkinchi barmoqlari ta'sir qiladi, bu professional jarohatlarga xosdir. Biroq, qoniqarsiz tashkil etilganligi sababli statsionar yordam darajasi eng yaxshi bo'lib qolmoqda. O'tkir yallig'lanish jarayonining asta-sekin regressiyasi o'simta nekrozi faktori alfa, interleykin 1 va interferon gamma kontsentratsiyasining pasayishi bilan birga keladi. Munosabatlar bor edi belgilangan o'rtasidagi albatta, patologik jarayoni, tuzilishi va zichligi suyak to'qimalarining da sayt o'tkir yallig'lanish va kontsentratsiyasi pro-yallig'lanish cytokines [38; c. 40, 76; c. 367-376, 119; c. 42-88].

Sazhin V. P. Avdovenko A. L. Emkujev V. M. (2010) o'z nashrlarida jarrohlik infektsiyasi markazida ushbu patologiyasi bo'lgan 2000 dan ortiq bemorlarni davolash bo'yicha o'zlarining amaliy tajribalariga asoslanib, jinoyatchini davolashda ambulatoriya amaliyotida eng ko'p uchraydigan xatolar va asoratlarni keltirib chiqaradi. Ambulatoriya sharoitida jinoyatchini davolashda eng ko'p uchraydigan xatolarni quyidagi guruhlarga bo'lish mumkin: diagnostik, taktik, texnik. Barmoqlarning yiringli kasalliklarida diagnostik xatolar, turli mualliflarning fikriga ko'ra, 5 dan 16% gacha hollarda yuzaga keladi va yiringli fokusning noto'g'ri topikal diagnostikasi, barmoqning anatomik tuzilmalarining shikastlanish darajasini noto'g'ri baholash bilan bog'liq. Shifokor tomonidan tanlangan bemorni qo'lning mikrodamajlari bilan bog'liq bo'lgan maxsus kasalliklar uchun tekshirish usulijuda muhim ahamiyatga ega [65; c. 74-77].

Slonimskiy V. V. (2012) jarrohlik klinikasida tirnoqni davolash uchun zamonaviy kombinatsiyalangan kriojarrohlik texnikasi imkoniyatini ko'rsatadi. Texnikadan foydalanish yaxshi klinik ta'sirga erishish va relapslarsiz to'liq tiklanishni ko'rsatdi. Shu bilan birga, qo'shimcha ravishda quyidagi natijalarga

erishildi: bemorlarning mehnatga layoqatsizlik davri 10,1 + 1,03 kun o'rniga 12,5 + 1,28 kungacha qisqartirildi [57; c. 60-63].

Petrushin A. L. (2010) ma'lumotlariga ko'ra, panaritiya bilan kasallangan hollarda asosiy qo'zg'atuvchisi - Staphylococcus aureus aniqlangan va shuning uchun retrograd antibakterial terapiya uchun lincomycin preparati foydalanish uchun taklif qilingan, chunki bu stafilokokkning shtammi tajribalar davomida unga sezgir edi. Garchi turli mualliflarning fikriga ko'ra, Staphylococcus aureusning linkomitsinga sezgirligi 5 dan 83% gacha. Petrushin A. L. ga ko'ra, "barmoqlarning yiringli patologiyasining og'ir shakllarini jarrohlik yo'li bilan davolashda toshn-sirt va ochiq PhD shakllarini davolashda" oqilona etarlilik " tamoyiliga rioya qilgan holda to'liq nekrektomiya zarur. Barmoqlarning murakkab yiringli shikastlanishi " antibiotikni infeksiya manbasiga maqsadli tashishni talab qiladi."Tajriba quyidagi natijalarni berdi: agar linkomitsin in'ektsiyasi venoz turniket yordamida vena ichiga retrograd yuborilsa, barmoqlarning amputatsiyasiga olib keladigan zerikarli asoratlarni kamaytirishga erishish, shuningdek, bemorlar uchun statsionar yotoq kunlari sonini kamaytirish mumkin. suyak va tendon panaritiumi bilan[45; c. 47-50].

Korshunova V. F., Vidasova E. V. (2009) bilakning navikulyar suyagi aseptik nekrozi bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash bo'yicha kuzatuvlar natijalarini taqdim etdi. Mualliflar diagnostika va navikulyar suyakning degenerativ o'zgarishlar bosqichini aniqlash jarayonida rentgen tekshiruvining amaliy afzalliklarini, bilak bo'g'imini o'lchovli chalg'itish usulini qo'llash samaradorligini qayd etadilar. Mahalliy behushlik sifatida spikerlarni in'ektsiya qilish sohasida 40-60 ml 0,5–1% novokain eritmasi ishlatilgan. Chalg'itish paytida bemorlarga magnetoterapiya va lazer terapiyasi bilan bir qatorda barcha barmoq bo'g'imlarining funktsional faolligiga erishish uchun terapevtik gimnastika buyurilgan. Ushbu usul qo'lning shikastlanishi sohasida shish va og'riqni kamaytirishga yordam berdi [30; c. 73-76].

§ 2.1. Ambulatoriya sharoitida kaftning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolashda abakterial muhitdan foydalanish samaradorligi.

Tibbiy ilmiy va klinik adabiyotlarda antibakterial preparatlarni majburiy qo'llash bilan qo'lning yiringli-yallig'lanish jarayonlarini davolashda qo'llaniladigan ko'plab turli usul va yondashuvlar tasvirlangan. Yiringli-yallig'lanish kasalliklarini tashxislash va davolashda tibbiyotda zamonaviy texnologiyalar mualliflari terapiya muvaffaqiyatiga erishishda ijobiy o'zgarishlarni ko'rsatmoqdalar: yiringli yarani vakuum bilan davolash, yiringli yarani pulsatsiyalanuvchi suyuqlik oqimi bilan davolash, davolashda boshqariladigan abasital muhitdan foydalanish, yangi antibakterial va bog'lamlardan foydalanish [8; c. 24-28, 20; c. 53-55, 51; c. 59, 69; c. 109-130].

Boshqariladigan abakterial muhit (UAS) deb ataladigan boshqariladigan havo muhitida keng yiringli yaralarni davolash usuli uning samaradorligini ko'rsatadi. Ushbu usul yara maydonini steril havo va haroratni nazorat qiladigan plastik qutiga (izolyatorga) ajratishni o'z ichiga oladi. Shu bilan birga, yaraning shikastlanishini davolashga izolyatordagi harorat ham, steril havoning oqim tezligi ham ta'sir qiladi. Ushbu usul bandajga ehtiyoj sezmasdan jarohatni davolashni ta'minlaydi. Biroq, buning uchun izolyatordagi havoning ma'lum parametrlariga rioya qilish talab etiladi: havo bepushtligi, 26-32 ichida havo harorati, 10-15 mm Hg bosim saqlanadi va nisbiy namlik darajasi 50-65% ni tashkil qiladi. Yara jarayonining tabiati ushbu parametrlarni qayta ko'rib chiqishni talab qilishi mumkin [70; c. 57-66, 125; c. 336-340].

Operatsiya xonasidagi tashqi omillar, shu jumladan tibbiyot xodimlarining havo harakatini, jismoniy muhitni, asbob-uskunalarini yoki jarrohlik asboblarni o'zgartiradigan xatti-harakatlari va usullari mikroblarning ifloslanishini kuchaytirishi mumkin. Mikroblar jarrohlik kesmasiga havo yoki aloqa orqali o'tkazilishi va jarrohlik joyining infektsiyasiga hissa qo'shishi mumkin. Havodagi zarralar va ifloslantiruvchi moddalar miqdorini minimallashtirish, ishlab chiqaruvchining tavsiyalariga muvofiq uskunalariga texnik xizmat ko'rsatish, atrof-

muhit va jarrohlik asboblari tozalash va dezinfeksiya qilish, shuningdek qo'llarning to'g'ri gigienasi kabi infektsiyani oldini olishning oddiy usullari mikroblarning ifloslanish darajasini kamaytirishi mumkin. [63; c. 13-20, 72; c. 494-501, 91; c. 430-436, 124; c.384-388].

Xitoy olimlari (Zhijian Liu, Haiyang Liu, Hang Yin, Rui Rong, Guoqing Cao, Qihong Deng 2020) tomonidan maqola jarrohlik aralashuvi maydoni (SSI) infektsiyalari olib kelishi mumkin operatsiya xonasi, havo muhitida biologik zarralar rolini tekshiradi. Operatsiya xonalarida ultra toza muhitni ta'minlash uchun turli xil shamollatish tizimlari qo'llaniladi. Shu bilan birga, turli xil shamollatish tizimlarining jarrohlik paytida jarrohlik xodimlari tomonidan ajratilgan bakterial vektorlarni (BCP) boshqarishga ta'siri aniq emas. Ushbu tadqiqotda operatsiya xonasida ishlatiladigan to'rt xil shamollatish tizimining (vertikal laminar shamollatish (VLAFF), gorizontal laminar shamollatish (HLAF), differentsial vertikal shamollatish (DVAFF) va harorat bilan boshqariladigan oqim ventilyatsiyasi (TAF)) ishlashi baholandi va taqqoslandi. Operatsiya xonasidagi havo oqimi maydoni k-model turbulentlik renormalizatsiya guruhi (RNG) yordamida hal qilindi va Bcp fazasi Lagrangian kuzatuv zarralari (LPT) va diskret tasodifiy yurish (DRV) modeli yordamida hisoblab chiqildi. TAF tizimi ish joyida toza havoni ta'minlash uchun to'rtta shamollatish tizimi orasida eng samarali shamollatish tizimi ekanligi aniqlandi. Ushbu tadqiqot shuni ko'rsatdiki, operatsion hududdagi havoning tozaligi nafaqat shamollatish tizimidagi havo oqimining tezligiga, balki jarrohlik lampalari va jarrohlik xodimlari kabi to'siqlar kuchli ta'sir ko'rsatadigan havo oqimining taqsimlanishiga ham bog'liq. [102; c. 539-549, 115; c. 54].

Hayotiy bakteriyalarning past konsentratsiyasi bo'lgan operatsiya xonasidagi havo uzoq vaqtdan beri chuqur jarrohlik aralashuvi (SSI) sohasidagi infektsiyalarning oldini olishning asosiy omillaridan biri sifatida tanilgan. IOHVNI keltirib chiqaradigan antibiotiklarga chidamli bakteriyalar sonining ko'payishi bilan antibiotiklarning oldini olishni davom ettirish mumkin emas. Shunday qilib, operatsiya xonasini ventilyatsiya qilish kabi boshqa choralar iloji boricha samarali

bo'lishi kerak. Yangi ishlanmalar past turbulentlik havo oqimi moslamalarini joriy etish orqali mikrobiologik havo sifatini sezilarli darajada yaxshiladi, bu esa ortopedik operatsiyalarda infeksiyalar chastotasining 8,9% dan 1,3% gacha pasayishiga olib keldi. Xonaga kiradigan shamollatish havosi filtrlanadi va bakteriyalarni o'z ichiga olmaydi. Bu shuni anglatadiki, operatsiya xonasidagi havodagi bakteriyalarning asosiy manbalari jarrohlik guruhi tomonidan chiqarilgan zarralar va eshiklar ochilganda kiradigan tashqi havo [84; c. 1016].

Yaponiyalik olim Okubo Takashi (2010) operatsiya xonasida infeksiyani nazorat qilish va oldini olish haqida maqola taqdim etadi. Operatsiya xonalaridagi ekologik yuzalar (masalan, stollar, pollar) kamdan-kam hollarda jarrohlik aralashuvi (SSI) sohasidagi infeksiyalarni rivojlanishi uchun muhim bo'lgan patogenlar manbalari hisoblanadi. Biroq, har bir operatsiyadan keyin ularni toza saqlash uchun bu sirtlarni muntazam tozalash muhimdir. Kontaminatsiya yoki ko'rinadigan ifloslanish bo'lmagan holda operatsiyalar o'rtasida atrof-muhitdagi sirtlarni yoki jihozlarni muntazam ravishda dezinfektsiyalashni tasdiqlovchi ma'lumotlar yo'q. Jarrohlik paytida yuzalar yoki jihozlarning ko'rinadigan ifloslanishi yuzaga kelganda, keyingi operatsiyadan oldin zararlangan joylarni dezinfeksiya qilish uchun shifoxona dezinfektsiyalovchi vositasidan foydalanish kerak. Operatsiyadan oldingi antiseptik dush yoki hammom teridagi mikrobial koloniyalar sonini kamaytiradi. Ammo ular SSI chastotasini kamaytirishi aniq isbotlanmagan. Jarrohlik aralashuvi sohasi infeksiyasini oldini olishning ko'plab usullari bemorning to'qimalari yoki steril jarrohlik asboblari bilan patogen mikroblar bilan yuqtirish ehtimolini kamaytirish maqsadini o'z ichiga oladi; yallig'lanishni bartaraf etish, yuqumli yara asoratlarini oldini olish va keraksiz travmatik to'qimalarni ajratish. IOH profilaktika choralaridan maqbul foydalanish bemorlarning turli xususiyatlarini va operatsiyalarini diqqat bilan ko'rib chiqishni talab qiladi. Bemorni tibbiy asboblari bilan yuqtirishning oldini olish uchun anesteziologlar "infeksiya darajasi" va operatsiya xonasida ishlatiladigan asboblarni yuvish, dezinfeksiya qilish va sterilizatsiya qilish usullarini tushunishlari kerak. Uskunani dezinfeksiya qilish yoki sterilizatsiya qilish

qoidalariga rioya qilmaslik *Pseudomonas aeruginosa* ni odamdan odamga yuqtirish xavfi bilan bog'liqligi va bemorning shikastlanishi bilan tugashi haqida dalillar mavjud. Tibbiy va jarrohlik asboblari yuqumli patogenlarni bemorlarga yuqtirmasligini ta'minlash uchun dezinfektsiya va sterilizatsiya zarur. Shuni ham bilishimiz kerakki, ba'zi qurilmalar dezinfektsiyalash vositalari yoki sterilizatorlar tomonidan shikastlangan. Tozalash tashlash aniq axloqsizlik dan ob'ektlar va yuzalar, va odatda amalga qo'lda yoki mexanik yordamida suv bilan yuvish vositalari yoki ferment mahsulotlari [62; c. 3-8, 106; c. 17-24].

Nazorat qilinadigan abakterial muhitda steril muhit va mikroiklimni yaratish, faol jarrohlik aralashuvi va yaralarni davolash uchun maqbul, yumshoq to'qimalar infeksiyasining umumiy shakllarini davolash sifatiga ta'sir qiladi [8; 24-28 betlar]. Davolash paytida abakterial boshqariladigan muhit parametrlarini saqlash pelikan aseptik laminar chodir (BOV-V-001-AMC) va maxsus aeroterapiya bo'limi tomonidan ta'minlanadi. Havoning bepushtligi uni maxsus nozik filtrlar orqali o'tkazish orqali ta'minlanadi. Operatsiya xonasida, kiyinish va intensiv terapiya bo'limlarida, abakal muhitning aseptik sharoitlari ham bemorlarni davolash davomida ta'minlanadi. UASDAN foydalanish patologik jarayon va tizimli yallig'lanish reaksiyasining tarqalishini oldini olishga imkon beradi, sepsis ehtimolidan himoya qiladi, yara chiqindilarida patogen florani yo'q qilish vaqtini qisqartiradi. Shu bilan bir vaqtda, shifo vaqti 1,4 barobar kamayadi [99; bitkazish. 1403-1415, 122; c. 69-72].

Barxatova N. A. yanbekov T. B. bilan birgalikda diabetik oyoq sindromining yiringli-nekrotik asoratlarining turli shakllari bo'lgan 94 bemorni statsionar davolash amaliyoti natijalarini e'lon qildi. 94 bemordan 35 bemor UAS, ya'ni ochiq yaralarni davolash, qolgan bemorlar esa an'anaviy yopiq yaralarni davolash usuli bilan davolangan. Ochiq usulda davolashni tahlil qilish natijalari quyidagi ta'sirlarning namoyon bo'lishida dahshatli tarzda tasdiqlandi: infeksiyani umumlashtirishning oldini olish; tizimli yallig'lanish reaksiyasi alomatlarini tezlashtirish; sepsisga olib kelmaslik. Yara chiqindilaridan patogen florani yo'q

qilish 1,5-2,4 baravar kamaydi. Shunga ko'ra, bemorlar kasalxonadan ilgari chiqarilgan [8; c. 24-28].

Operatsiya xonasi muhitida havo, aerosol va kontaktli ifloslantiruvchi moddalar manbalarini minimallashtirish, ayniqsa, COVID-19 pandemiyasi davrida dolzarbdir. Ambulator jarrohlikka katta e'tibor beriladi, chunki SARS-CoV-2 infeksiyasining cho'qqisidan keyin ancha vaqt davomida shifoxona yotoqlari ko'pincha COVID-19 bilan og'riqan bemorlar tomonidan band bo'ladi. Ayova universiteti (AQSh) bir guruh olimlarining ishi covid-19 pandemiyasining o'tkir bosqichi (Franklin Dexter, MD va boshq. 2020). Taqdim etilgan sharh shuni ko'rsatadiki, COVID-19 keng tarqalgan bo'lsa-da, u umumiy behushlikdan o'tgan bemorlar uchun kunlik ambulatoriya ish jarayoniga sezilarli ta'sir qiladi va ba'zi jarrohlik mutaxassisliklari uchun sezilarli iqtisodiy ta'sir ko'rsatadi. Ambulatoriya operatsiyalari odatdagi ish kunlarida bajariladigan jarrohlik operatsiyalarining 74,7% ni tashkil qiladi. Jarrohlik amaliyoti aerosol hosil bo'lishiga olib kelganda (masalan, bronkoscopiya), operatsiya xonasida i bosqichni tiklang va har bir holatdan keyin multimodal ekologik zararsizlantirishdan foydalaning. Oxirgi uzoq vaqtni rejalashtirish uchun statistik usullardan foydalaning. Iloji bo'lsa, anesteziologlar va hamshiralar guruhlar bemorlarni bitta xonaga joylashtirsin, shunda ular bitta jarrohlik aralashuvni amalga oshiradilar, boshqa xona esa tozalanadi [105; bittaikkompyuter. 541-549, 131; c.20-27].

Kaftning o'tkir va surunkali yiringli tenosinovitida vakuum drenajining ta'siri xitoylik tadqiqotchilar tomonidan ko'rib chiqiladi [124; pp. 384-388]. Huazhong fan va texnologiya universiteti Tongji tibbiyot kollejining bir qismi bo'lgan Puai kasalxonasida 9 yil yanvaridan 2013 yil apreligacha o'tkir va surunkali yiringli tenosinovitning jami 2015 holati retrospektiv tahlil qilindi. 6 erkak va 3 ayol bor edi, 27 yoshdan 65 yoshgacha, o'rtacha yoshi 55 yosh. Ko'rsatkich barmog'ining 3 ta holati, o'rta barmoqning 3 ta holati, halqa barmog'ining 2 ta holati, uchta barmoqning 1 ta holati bor edi. Infeksion sabablari orasida 3 holatda baliq suyagi bilan pichoqlash, 3 holatda hayvon suyaklarining bo'laklari bilan urish, 3 holatda qipiq bilan yaralash, 1 holatda go'sht maydalagichning shikastlanishi, 1 holatda

axlat mashinasini jarrohlik infektsiyasidan keyin barmoqlarni ko'p marta maydalash kiradi. Bakterial infeksiyaga 2 ta Staphylococcus aureus, 2 ta Staphylococcus epidermidis, 1 ta normal Escherichia coli, 1 ta enterobacter aerogenes, Klebsiella oxytoca va Staphylococcus aralash infektsiyasi, 1 ta bacillus Bauman Acinetobacter, 1 ta Proteus Mirabilis va 1 ta patogen bakteriyalar madaniyati o'smagan. Yarani ehtiyotkorlik bilan davolashdan so'ng, sug'orish suyuqligining xususiyatlarini, bo'shliqning yallig'lanishini, infektsiyaning prognozini va barmoq funktsiyasini tiklashni kuzatish uchun vakuumli drenaj ishlatilgan. Tadqiqot shuni ko'rsatdiki: yiringli tenosinovit bilan kasallangan etti bemor 7-14 kun davomida vakuumli drenaj bandajini bir martalik almashtirish bilan davolangan; 1 bemor 21 kunlik davolanishdan so'ng barmoq uchi nuqsoni bo'lgan infektsiyalangan qopqoqning tasviri edi, vakuumli drenaj bandajini ikki marta almashtirdi, 1 bemor Markaziy drenaj bandajining tasviri edi. jarohat, operatsiyadan keyingi infektsiya bilan bemorlar 28 kun, VSD uch marta almashtirildi. Kuzatuv davri 3 oydan 12 oygacha (o'rtacha 8,2 oy), tendon nekrozisiz 7 bemor, infektsiyasiz ikkilamchi tikuv, infektsiyali bemorlarda 2 ta travmatik operatsiya, tendon nekrozi olib tashlandi, infektsiya samarali nazorat qilindi, infektsiyasiz ikkilamchi tikuv. 6 holatda barmoqlarning operatsiyadan keyingi funktsiyasini baholash qoniqarli edi va 3-kambag'al. Mualliflarning ta'kidlashicha: qo'lning yiringli tendovaginitini davolashda vakuumli drenajdan keyin yarani yaxshilab davolash qoniqarli terapevtik ta'sir ko'rsatadi [108; bitiktoshlar. 69-73, 120; c. 347-453].

Vakuumli drenaj texnikasi murakkab (ochiq) qo'l jarohatlarini davolash uchun operatsiyadan oldingi qo'shimcha sifatida: 17 holat bo'yicha hisobot xitoylik olimlarning boshqa ishida keltirilgan [104; 461-464 betlar]. Jami 17 bemor kiritilgan (13 va 4 bemor og'ir va og'ir qo'l jarohatlari bo'lgan), o'rtacha 33,8 yil. Tadqiqot davrida og'ir qo'l jarohatlari bo'lgan 6 bemor quyidagi sabablarga ko'ra FGM olmagan: (1) gemodinamik beqarorlik ($n = 1$); (2) koagulyatsiya funktsiyasining buzilishi ($n = 1$); (3) yara yuzasida nazoratsiz qon ketish ($n = 2$); va (4) operatsiyadan keyin asosiy qon tomirlarining ta'siri ($n = 2$). FGMNI davolash

o'rtacha 7,4 kun (6 dan 14 kungacha) amalga oshirildi va jarohatni davolash davomiyligi o'rtacha 23 kunni tashkil etdi (20 dan 43 kungacha). Ikkinchi bosqich operatsiyasidan oldin yaraning infeksiyasi haqida xabar berilmagan. 17 bemordan faqat bittasida qopqoqning chetida yuzaki nekroz bor edi, bu 94% ni tashkil qiladi. O'rtacha kuzatuv davri 8,7 oyni tashkil etdi (4 oydan 13 oygacha). Mualliflar, shuningdek, vakuum drenaji yaxshi prognozli mahalliy yumshoq to'qimalarning xavfsiz va tez tiklanishiga samarali hissa qo'shishi mumkinligini ta'kidlashadi [118; c. 259-267].

Jarrohlarning qo'l va oyoqning yiringli-yallig'lanish kasalliklarini davolashga befarq e'tibor berishiga qaramay, ambulatoriya va statsionar davolanishning qoniqarsiz natijalari, ayniqsa patologik jarayonning murakkab shakllarida, tashvishlidir. Natijalarning statistik tahlili shuni ko'rsatadiki, bemorlarning nogironligining sababi nafaqat kasallikning og'irligi yoki ularni tibbiy yordam uchun kech davolash, balki diagnostika va davolashdagi nuqsonlar, birinchi navbatda jarrohlik. Eng tipik xatolar davolash taktikasini noto'g'ri tanlash, etarli behushlik, jarrohlik vositalarini bajarishda texnik xatolar, jarohatni drenajlashning etarli emasligi va operatsiyadan keyingi davrni irratsional boshqarishdir [62; c. 3-8, 78; c. 317-331]. Yara jarayonining birinchi bosqichida, davolash algoritmiga muvofiq, shifokorlar nekrozni rad etishga, yara oqishini olib tashlashga, to'qima trofizmini yaxshilashga, infeksiyaga qarshi kurashishga erishadilar. Ushbu jarayon uchun hidrofilik, nekrolitik, shuningdek antibakterial xususiyatlarga javob beradigan vositalar qo'llaniladi. Amaldagi antiseptiklar bakteriotsid yoki bakteriostatik ta'sirga ega aralash mikrofloraga qarshi kuchli bo'lgan universal, keng yoki o'rtacha ta'sir doirasiga ega dori-darmonlardan foydalanish kerak. Masalan, yodning polivinilpirrolidon bilan yangi murakkab birikmalari, hatto qon, yiring yoki nekrotik to'qimalarni bo'shatishda ham turli nomlar ostida faol ta'sir ko'rsatishi bilan keng qo'llanilgan: povidon-yod, Braunodin eritmasi, Betadin. Yara infeksiyasining barcha mikroorganizmlari iodoforlarga qarshilik ko'rsatmaydi [10; c. 69-71, 81; c. 11-21].

Xitoylik mualliflarning kuyish va jarohlardan keyin qo'llarning murakkab yaralarini davolash bo'yicha maqolasi katta qiziqish uyg'otadi [95; c. 602-608], kuyish yoki jarohlardan keyin qo'llardagi murakkab yaralarni davolash usullari va oqibatlarini o'rganish. 2008 yil yanvaridan 2017 yil dekabrigacha 45 bemor (28 erkak va 17 ayol, 8 yoshdan 58 yoshgacha) kuyish yoki jarohlardan so'ng og'ir qo'l jarohatlari bilan kasalxonaga yotqizilgan. Ikki bemorda butun barmoq ajralishi, 27 bemorda qo'lning orqa qismi va 16 bemorda kaftlari shikastlangan. Davolanishdan so'ng yumshoq to'qimalar nuqsonlari maydoni 7 sm dan 6 sm gacha, 19 sm gacha, 12 sm gacha, 0,5 sm bilan birgalikda, 0,4 sm dan 10,0 sm gacha, 4,0 sm gacha, chuqur to'qimalarga bir marta ta'sir qilish. To'qimalarga chuqur ta'sir qilish maydoni va joylashishiga qarab, tiklanishning turli usullari qo'llanilgan. Kichkina ta'sir doirasi bo'lgan beshta bemorga sun'iy dermis + vakuumli drenaj (VSD) + avtogen teri payvandlash o'tkazildi. Xurmo yoki orqa tomonda katta maydonni bir tomonlama ta'sir qiladigan o'ttiz sakkizta bemor ingichka qorin qopqoqlarini segmentar bog'lash bilan davolandi (maydoni 8 sm.7 sm dan 15 sm gacha). 1 sm.). Qo'lning orqa va kaft tomonlarida katta maydonni ikki tomonlama ta'sir qiladigan ikkita bemor o'zgartirilgan qorin qopiga o'xshash yotqizilgan ingichka qopqoqlar bilan davolandi (maydoni 12 sm.5 sm dan 12 sm gacha). 9 sm va 12 sm. 6 sm dan 14 sm gacha). Donor joylari to'g'ridan-to'g'ri tikilgan yoki o'rta qalinlikdagi teri yoki qo'shni qopqoq yordamida tiklangan. Greftlar va qopqoqlarning omon qolish darajasi kuzatildi, operatsiyalar soni, yaralarni davolash vaqti va keyingi kuzatuvlar qayd etildi. Qo'lning orqa va kaft tomonlarida katta maydonni ikki tomonlama ta'sir qiladigan ikkita bemorga o'zgartirilgan qorin qopchasi shaklidagi yotqizilgan ingichka qopqoqlar bilan davolandi (maydoni 12 sm.5 sm dan 12 sm gacha). 9 sm va 12 sm. 6 sm dan 14 sm gacha). Donor joylari to'g'ridan-to'g'ri tikilgan yoki o'rta qalinlikdagi teri yoki qo'shni qopqoq yordamida tiklangan. Sun'iy dermis + FGM + avtogen teri payvandini olgan bemorlar orasida 3 bemorda yaralar 2 operatsiyadan keyin shifo topdi va 2 bemorda sun'iy dermis, lizis va tendon nekrozi bor edi, ular 3 operatsiyadan keyin shifo topdi. 5 bemorda jarohatni davolash vaqti jarohatdan

keyin 14 dan 33 kungacha bo'lgan. 3 oylik kuzatuv davomida ta'sirlangan qo'llar yaxshi holatda, yumshoq tuzilishga va kamroq chandiqlarga ega edi, qo'lning funksional bahosi 3 holatda yaxshi va 2 holatda o'rtacha edi. (2) yupqa qorin qopqoqlarini segmentar bog'lashdan o'tgan bemorlarda qopqoq nekrozisiz 2 ta operatsiya o'tkazildi. Yaralarning davolanish vaqti jarohatdan keyin 2 dan 3 haftagacha bo'lgan. Mualliflar tavsiya qiladilar: kuyish yoki jarohlardan keyin qo'llardagi murakkab yaralar uchun, agar chuqur to'qimalarga ta'sir qilish maydoni kichik bo'lsa, sun'iy dermis + DMZHP + avtogen teri payvandlashdan foydalanish kerak, bu yaxshi ta'sir ko'rsatadi. Agar chuqur to'qimalarning bir tomonlama ta'sir qilish maydoni katta bo'lsa, qorin bo'shlig'ining ingichka qopqog'ini segmentli bog'lashdan foydalanish kerak. Agar chuqur to'qimalarning ikki tomonlama ta'sir qilish maydoni katta bo'lsa, qorin bo'shlig'ining o'zgartirilgan kechiktirilgan ingichka qopqog'idan foydalanish kerak [111; c. 1166-1174].

Bunday yondashuvlar operatsiyalar sonini kamaytirish, yaralarni davolash vaqtini qisqartirish va qo'llarning yaxshi shakli va funkcionalligini olish imkonini beradi.

Hayotiy bakteriyalarning past konsentratsiyasi bo'lgan operatsiya xonasidagi havo uzoq vaqtdan beri chuqur jarrohlik aralashuvi (SSI) sohasidagi infeksiyalarning oldini olishning asosiy omillaridan biri sifatida tanilgan. IOHVNI keltirib chiqaradigan antibiotiklarga chidamli bakteriyalar sonining ko'payishi bilan antibiotiklarning oldini olishni davom ettirish mumkin emas. Shunday qilib, operatsiya xonasini ventilyatsiya qilish kabi boshqa choralar iloji boricha samarali bo'lishi kerak. Yangi ishlanmalar past turbulentlik havo oqimi moslamalarini joriy etish orqali mikrobiologik havo sifatini sezilarli darajada yaxshiladi, bu esa ortopedik operatsiyalarda infeksiyalar chastotasining 8,9% dan 1,3% gacha pasayishiga olib keldi. Xonaga kiradigan shamollatish havosi filtrlanadi va bakteriyalarni o'z ichiga olmaydi. Bu shuni anglatadiki, operatsiya xonasidagi havodagi bakteriyalarning asosiy manbalari jarrohlik guruhi tomonidan chiqarilgan zarralar va eshiklar ochilganda kiradigan tashqi havo [84; c. 101-106].

Buyuk Britaniya mualliflari bolalardagi eng jiddiy va tez - tez jarohatlardan biri-tirnoq to'shagining jarohatlari. Jarrohlik dogma tirnoq to'shagini tiklashdan keyin tirnoq plastinkasini almashtirishdir. So'nggi ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, bu infektsiya chastotasining oshishiga va klinikaga takroriy tashrif buyurishga olib kelishi mumkin. Ushbu tadqiqot 2015 yil aprel va iyul oylari orasida buyuk Britaniyadagi to'rtta ambulatoriya bo'limining ishtirokchilarini o'z ichiga oldi. Ishtirokchilar jarrohlik aralashuvni talab qiladigan tirnoq to'shagi shikastlangan 16 yoshgacha bo'lgan bolalar edi. Ular tirnoq plastinkasini almashtirish yoki tirnoq to'shagini davolashdan keyin uni olib tashlash uchun randomizatsiyalangan. Kuzatuv usuli ham tasodifiy tanlangan (pochta orqali yoki klinikada). 2 hafta va 30 kundan keyingi asoratlar, shuningdek, Zook tasnifi yordamida 4 oydan keyin tirnoq plastinkasining paydo bo'lishi haqida ma'lumot to'plandi. Kuzatuvning ikkita mumkin bo'lgan yondashuvi ham sinovdan o'tkazildi va taqqoslandi. Ishga qabul qilish bosqichida tadqiqotda ishtirok etish uchun potentsial 156 bola bor edi. Oltmishta Internet orqali masofadan tarqatish yordamida atigi 3 oy ichida randomizatsiyalangan. 2 haftaga kelib, tirnoq plitalari almashtirilgan bolalarda ikkita infektsiya bor edi. Tirnoqlarni almashtirish guruhi ham ko'proq asoratlarni boshdan kechirdi. Bemorlarni yollash tez kechdi va tirnoq to'shagining tiklanishi ushbu uchuvchi tadqiqotda asoratlar va infektsiyalarning past darajasini ko'rsatdi. Olingan ma'lumotlar tadqiqotning yakuniy protokolini, shu jumladan kuzatish rejimi va vaqtini qayta ko'rib chiqishga, shuningdek, Zuk tasnifini o'zgartirishga olib keldi [109; c. 900-912].

Ukraina mualliflar qo'llari yiringli kasalliklarni davolash, ularning tajriba almashish[60; p. 29]. Tadqiqot o'tkir GVHD bilan og'rigan 759 bemorda o'tkazildi. Ulardan 72% hollarda PANARITIUM va 29% GVZP bilan kasallangan. Teri osti panaritium ko'pincha bemorlarda (250 kishi) qayd etilgan, bu 32,9% edi. Bu bemorlarning muhim qismi suyak (64 kishi; 8,5%), tendon (63 kishi; 8,3%) va teri (61 kishi; 8,0%) panaritium edi ta'kidlash lozim; xurmo teri chipqon (47 kishi; 6,2%), qo'lning interdigital flegmonasi (35 kishi, 4,6%). O'ng tarafdagi yiringli yallig'lanish jarayonlari 478 (63%) bemorda, chapda 281 (37%) da lokalizatsiya

qilingan. Panaritium 87 (16%), II 234 (42,7%), III 153 (28,2%), IV 53 (9,8%), V 18 (3,3%) da i barmoq ustida tashxis qo'yilgan. Yuzaki shakllar 165 (92,5%) bemorlarda, chuqur 13 (7,5%) bemorlarda qayd etilgan. Furunkul 25 (3,2%) holatda, karbunkul 13 (1,7%) holatda aniqlangan. Yil fasliga qarab, aholining kasallanish darajasi notekis darajaga ega edi. Barmoqlar va qo'llarning yiringli lezyonlari sonining ko'payishi kuzda (230 kishi; 30,3%) va bahorda (280 kishi; 27,4%) kuzatilgan. Ularning soni yozda (169 kishi; 22,3%) va qishda (152 kishi; 20,0%) davrlarda kamaydi. Panaritium va barmoqlar va qo'llarning boshqa yiringli kasalliklari bo'lgan 572 bemorda etiologik omil turli mikrotrauma edi. Ishda 375 (65,5%) kishi mikrotrauma oldi, 197 (34,5%) uyda jarohat oldi. Kasallik qizigan (205 kishi; 35,8%), ko'kargan (146 kishi; 25,5%), kesilgan (71 kishi; 12,4%) yaralar, yoriqlar va quruq teri (14 kishi; 1,7%), kalluslar (47 kishi; 6,2%), burmalar (23 kishi; 3,0%). Kasallikning etiologiyasi 49 (6,4%) shaxsda aniqlanmagan. Qo'lning yiringli yallig'lanish jarayonlarining rivojlanishi mikrotrauma (75,7%), kalluslar (6,2%), burmalar (3,0%), yoriqlar va quruq teri (1,7%) tufayli sodir bo'ladi. Murakkab davolash shikastlanish joyiga, og'irligiga va kasallikning davomiyligiga qarab amalga oshirildi. Jarrohlik davolash asosiy davolash edi. Yiringli fokusni ochgandan keyin yaralar 0,025% natriy xlorid eritmasida tayyorlangan 3 3,2% dekametoksin eritmasi bilan yuvilgan. Qo'llashdan oldin eritma a haroratgacha qizdirildideb tayyorlangan eritmaning osmotik bosimi 23,798 atm edi. To'qimalarda osmotik bosim 8 ATMga to'g'ri keldi, bosimdagi sezilarli farq natijasida yarani mikroblardan tozalashga hissa qo'shgan "osmotik sakrash" sodir bo'ldi. 51 bemorda xo'ppoz bo'shlig'iga dekametoksin bilan ko'pkomponentli hidrofilik malham kiritildi. Malham tarkibi: metiluratsil 4.0; trimekain 3.0; dekametoksin 0.1; polietilen glikol 2.0; distillangan suv 100.0 gacha. Malham yuqori osmotik faollikka, mikroblarga qarshi, og'riq qoldiruvchi va nekrolitik ta'sirga ega. Malham 37 haroratda eriydi va bir necha kun davomida malhamdan foydalanish yallig'lanish reaksiyasini yo'q qildi va yarani yiringli nekrotik massalardan tozalashni ta'minladi. Bandajlar kuniga 1-2 marta qilingan. Kompleks davolashda dekametoksinni o'z ichiga olgan yangi antiseptik

formulalardan foydalanish bemorlarni davolashning o'rtacha davomiyligini qisqartirishga imkon berdi. Foydalanish decamethoxin uchun davolash, yiringli yallig'lanish kasalliklari qo'llari bilan xarakterlanadi yuqori samaradorligi, qaysi qiladi, u iloji uchun tavsiya u foydalanish uchun bu patologiya [93; c. 634-638].

So'nggi o'n yillikda jarrohlikda uch o'lchovli bosib chiqarish (3D bosib chiqarish) qo'llanilish doirasi kengaymoqda. Travmatologiya, ortopediya va yuqori oyoq-qo'l jarohatlarini reabilitatsiya qilishda har bir insonning anatomik xususiyatlarini alohida hisobga oladigan shinalar va ortezlarni yaratishga qiziqish ortib bormoqda. An'anaviy ortezi va shinalar har doim ham qulay emas va og'riq, shishish, bosim yoki hatto terapevtik ta'sir etishmasligi kabi kiruvchi oqibatlariga olib kelishi mumkin. Tibbiyotda 3D bosib chiqarish texnologiyasining ommaviy joriy etilishidan boshlab istiqbollari ko'rib chiqiladi. Jarohatlarni immobilizatsiya qilish vositalarini modellashtirish, ishlab chiqarish va qo'llash xususiyatlarini amaliy amalga oshirishga alohida e'tibor qaratiladi. An'anaviy fiksatsiya usullari bilan taqqoslaganda yuqori oyoq-qo'lni immobilizatsiya qilish uchun ishlatiladigan 3D-bosma shinalar va ortezlarning funksional imkoniyatlari to'g'risidagi ma'lumotlar tahlil qilinadi. Kompyuter tomografiyasi, magnit-rezonans tomografiya yoki 3D skaner yordamida olingan travma bilan og'riq bemorlarning uch o'lchovli tasvirlari bemorning Bilagi, Bilagi, barmoqlarining virtual 3D modellarini yaratish uchun ishlatilishi mumkin va ushbu anatomik modellar asosida 3D bosib chiqarish sizga moslashtirilgan shinalar va ortezlarni yaratishga imkon beradi. Shaxsiy yondashuv va turli xil echimlardan foydalanish tufayli uch o'lchovli bosib chiqarish travmatologiya va ortopediyada keng qo'llanilishi mumkin. Ushbu yondashuv natijasida amaliy sog'liqni saqlashda qo'llab-quvvatlanadigan turli xil echimlarni amalga oshirish va ulardan samarali foydalanish mumkin bo'ladi. Qo'llarning kuyishi bilan birga keladigan asoratlar ko'pincha barmoqlarning miyogen va artrogen kontrakturalari, gipertrofik, killoid chandiqlar, periferik nervlarning shikastlanishi shaklida kuzatiladi[80; c. 150-159].

Tibbiyot sohasida 3D bosib chiqarish moddiy yordamga aylanmoqda. Shunday qilib, N. Ho-Sung va boshqalarning tavsiyasi bilan bemorlarni

davolashda kuyish shikastlanishining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda, 3D bosib chiqarish yordamida yuqori ekstremitalar uchun barmoqlarni alohida ishlab chiqarish odatiy holdir. (2018). bu ko'proq va ko'proq foydalanishni topmoqda. Bunday yangi texnologik yondashuv davolashda o'zining afzalliklariga ega. 3D bosib chiqarish texnologiyasidan foydalangan holda orteplar, shinalar va shinalar ortopedik muammolar va surunkali oyoq-qo'l kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga yordam beradi. Uch o'lchovli bosib chiqarish texnologiyalari 3D printerda chop etish uchun materiallarning narxini kamaytirish qobiliyati bilan ajralib turadi [93; c. 634-638].

§ 2.2. Kaft va barmoqlarning yiringli kasalliklari haqidagi sharhi xulosasi.

Qo'lning yiringli-yallig'lanish kasalliklarini tashxislash, oldini olish va davolash muammolarini yorituvchi manbalarning adabiy sharhi shuni ko'rsatdiki, ushbu muammolar guruhiga qiziqish hozirgi kungacha zaiflashmagan, chunki bu sohadagi amaliy materiallar juda kam. Shunga qaramay, klinitsyenlarning mualliflari o'z nashrlarida jarrohlik kasalliklarini davolash uchun fan va texnologiyaning hozirgi rivojlanish darajasiga mos keladigan yutuqlarga ishora qilmoqdalar. Masalan, tadqiqot usullari ultratovush va termografiya turli joylardagi yiringli jarayonning og'irligi va tarqalishini aniqlaydi va kasallikning keyingi kechishi bashorat qilinadi. Taqdim etilgan sharh qo'l jarrohligini shakllantirish jarayonida turli mualliflarning bahosini beradi. GVHD bilan og'rigan bemorni davolashning eng samarali taktikasidan foydalanish bemorlarning davolanish darajasiga ta'sir qiladi va ularni asoratlar paydo bo'lishidan himoya qiladi, ijtimoiy imidjni va qo'l funksiyasining foydaliligini saqlaydi. Yuqori ekstremitalarning turli xil ortopedik shikastlanishlarini davolashda bemorlar uchun sezilarli yengillik zamonaviy qo'shimchalar texnologiyalaridan foydalanish orqali amalga oshiriladi. Shaxsiy shinalar va orteplarni ishlab chiqarishda jarrohlik, travmatologiya va qo'l jarohatlarini rehabilitatsiya qilishda 3D bosib chiqarishdan foydalanish kengaymoqda.

III bob. KAFTNING YIRINGLI KASALLIKLARINI VA XASMOLLARNING TURLI SHAKLLARINI DAVOLASHDA ABAKTARIAL MUHITDA DIMETIL SULFOKSIDNING 25% ERITMASINI FOYDALANISHNI SAMARADORLIGINI ILMIY ASOSLASH. TADQIQOT MATERIALLARI VA DAVOLASH USULLARI

§ 3.1. Bemorlarning klinik tavsiflari.

Jarrohlik terapiyasining tanlangan usullari va algoritmi to'g'risida oqilona tasavvur hosil qilish uchun Buxoro shahar tibbiyot birlashmasining oilaviy poliklinikasida ambulatoriya sharoitida davolanayotgan turli etiologiyali qo'lning yiringli yallig'lanish kasalliklari bilan kasallangan 148 bemorni 2016-2020 yillar davomida tekshirish va davolash bo'yicha ma'lumotlar tahlil qilindi.

Davolash usuliga qarab barcha bemorlar 2 guruhga bo'lingan: I – taqqoslash guruhi va II – asosiy. I taqqoslash guruhidagi bemorlarga yarani antiseptiklar bilan sanitarizatsiya qilishdan keyin - vodorod peroksidning 3% eritmasi, furatsilinning 0,02% eritmasi va mahalliy davolash uchun nekrektomiya 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan davolashdan so'ng suvda eriydigan asosda Levomekol malhami bilan doka bandaji qo'llanildi. Tizimli antibiotik terapiyasi yaralardan ajralib chiqadigan mikrofloraning sezgiriligini, detoksifikatsiya terapiyasini, shuningdek simptomatik davolashni hisobga olgan holda amalga oshirildi.

Bemorlarning asosiy II guruhida, o'z navbatida, tadqiqot maqsadlariga muvofiq, abakterial vosita kuniga 8 marta 1 soat davomida yiringli fokusga qo'shimcha ravishda qo'llanilgan.

Yiringli fokusning joylashishiga qarab, har bir guruh ikkita kichik guruhga bo'lingan: barmoqlarning yiringli kasalliklari (A kichik guruhi) va qo'lning yiringli kasalliklari (B kichik guruhi) (jadval 3).

Barcha bemorlar 1963 yilda Kievda Jahon Sog'liqni saqlash Tashkilotining mintaqaviy seminarida qabul qilingan yosh guruhlari tasnifi bo'yicha jinsi va yoshi bo'yicha taqsimlandi.

Jadval 3

Bemorlarni terapevtik choralar turiga qarab taqsimlash

Bemorlarning guruhlari	davolash usuli: jarrohlik davolashdan keyin
taqqoslash guruhi I guruhi (n=78)	Levomekol malhami 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan doka bog'lami ostida – barmoqlarning yiringli kasalliklari (n=45) - kaftning yiringli kasalliklari (n=33)
asosiy guruh II guruh (n=70)	abakterial muhit dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan Barmoqlarning barmoqlarning yiringli kasalliklari (n=41) kaftning yiringli kasalliklari (n=29)

Jadval 4. o'rganilayotgan bemorlarning jinsi va yosh tavsiflarini ko'rsatadi. Ularning taqsimlanishi quyidagicha edi: jami I guruhda (n=78) 56,4% erkaklar va 43,6% 17 yoshdan 80 yoshgacha bo'lgan ayollar, bemorlarning o'rtacha yoshi 46,3 ni tashkil etdi. 2,1 yosh; II guruhda (n=70) 57,1% erkaklar va 42,9% ayollar 17 yoshdan 74 yoshgacha, ularning o'rtacha yoshi 44,7, 1,8 yosh. Belgilangan guruhlarining olingan xususiyatlari ularni taqqoslashga yordam beradi.

Jadval 4

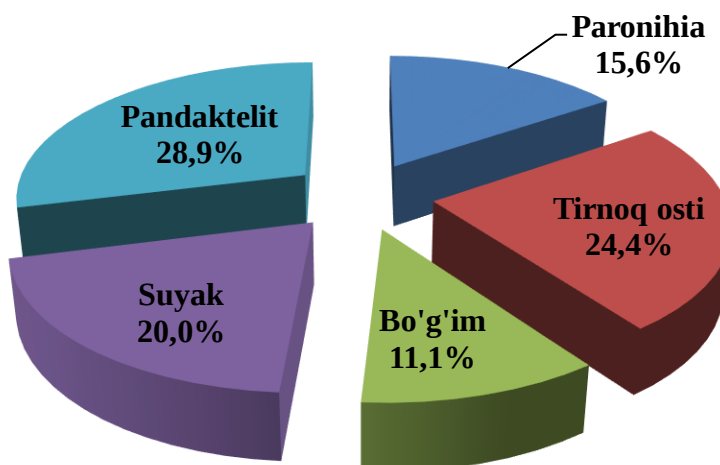
O'rganilayotgan bemorlarning jinsi va yoshi strukturaviy tavsiflari

Guruhlar	yoshi										jami
	19 yoshgacha		20-44 yosh		45-59 yosh		60-74 yosh		75 yosh va undan ortiq		
	oda n	vom	odam	vom	odam	vom	oda m	vom	oda m	vom	
odam vom I	3	2	13	11	27	18	1	2	0	1	78
II	1	1	16	4	21	24	2	1	0	0	70

jami	7 (4,7,7%)	44 (29,7%)	90 (60,8%)	6 (4,1%)	1 (0,7%)	148
------	------------	------------	------------	----------	----------	-----

Bemorlarning ko'pchiligining yoshi (94%) mehnat yoshiga to'g'rikeldi.

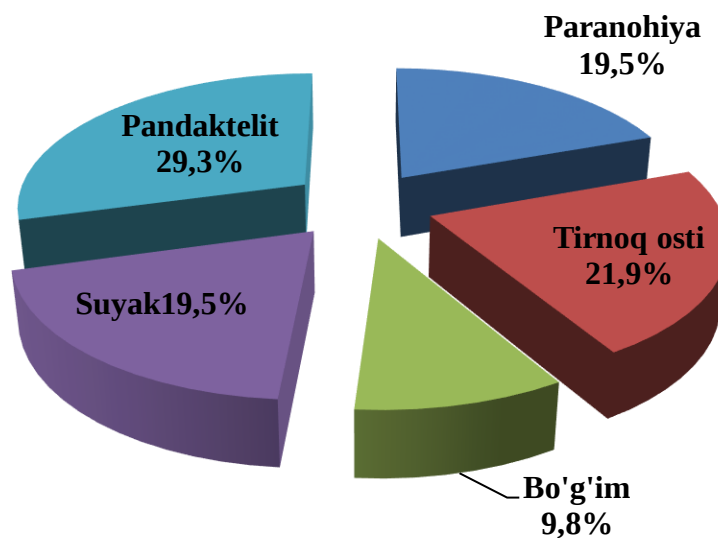
Taqqoslash guruhining I kichik guruhidagi 78 (52,7%) bemordan 45 (57,7%) bemorda paronihia 7 (15,6%), tirnoq osti 11 (24,4%), bo'g'im 5 (11,1%), suyak xasmoli 9 (20,0%) va pandaktiliya 13 (28,9%) rasm 1.



1-rasm. I taqqoslash guruhining A kichik guruhining bemorlari kaft barmoqlarining yiringli jarrohlik kasalliklarining turlari (n=45)

I taqqoslash guruhining B kichik guruhida 33 (42,3%) bemorda qo'lning yiringli kasalliklari, masalan, tenar flegmonasi 7 (21,2%), gipotenar flegmonasi 8 (24,2%), qo'lning orqa flegmonasi (supra-aponevrotik) 3 (9,1%), komissural flegmonasi (makkajo'xori xo'ppozi) 10 (30,3%), o'rta palma makonining flegmonasi (suprahodaponevrotik) 3 (9,1%), xoch (u shaklidagi flegmona) 2 (6,1%) turli etiologik omillardan keyin.

II guruh, yiringli-yallig'lanish jarayonining joylashuvi va turiga ko'ra asosiy 70 (47,3%) bemorlar nazorat guruhida sinxron ravishda bo'lgan. Shunday qilib, bemorlarning II taqqoslash guruhining 41 (58,6%) kichik guruhida paronixiya 8 (19,5%), subartikulyar 9 (21,9%), artikulyar 4 (9,8%), suyak panaritiumi 8 (19,5%) va pandaktiliya 12 (29,3%) kabi yiringli yaralar bor) edi (rasm 2).



2-rasm. I asosiy guruhning B kichik guruhi bemorlarining kaft barmoqlarining yiringli jarrohlik kasalliklarining turlari (n=41)

Asosiy guruhning II kichik guruhining 29 (41,4%) bemorlarida qo'lning yiringli kasalliklari tenar flegmona - komissural flegmona (kallus xo'ppozi) shaklida bo'lgan) - 9 (31,1%), 9 (31,1%), gipotenar flegmonasi-6 (20,7%), furunkul (karbunkul) qo'lning orqa qismidan 2 (6,7%), o'rta kaft bo'shlig'i flegmonasi (suprapodaponevrotik) - 2 (6,9%), xoch (u shaklidagi flegmona, qo'lning orqa qismi flegmonasi (suprapodaponevrotik)-turli etiologik omillardan keyin 1 (3,4%).

Klinik ko'rinishning batafsil tahlili va bemorlarning har bir guruhini o'rganish natijalari dissertatsiyaning tegishli boblarida taqdim etiladi.

§ 3.2. Amaldagi bemorlarni davolash vositalari va usullari

I taqqoslash guruhining bemorlari davolanish kunida shoshilinch ravishda yiringli fokusni ochish va yiringli bo'shliqni vodorod peroksidning antiseptik 3% eritmasi bilan sanitarizatsiya qilish bo'yicha operatsiya o'tkazdilar. Quritgandan so'ng, 25% dimetil sulfoksidning kimyoviy eritmasi bilan sanitariya ishlari olib borildi, so'ngra levomekol malhami va 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan aseptik doka bintlari qo'llanildi. Tizimli antibiotik terapiyasi paytida bandajlar kuniga 1 marta almashtirildi. antibiotiklar yaralar mikroflorasiga sezgirligiga qarab tanlangan.

Davolash kunida II guruh bemorlari shoshilinch ravishda yiringli fokusni ochish va yiringli bo'shliqni vodorod peroksidning antiseptik 3% eritmasi bilan sanitarizatsiya qilish bo'yicha operatsiya o'tkazdilar. Quritgandan so'ng, sanitariya 25% dimetil sulfoksidning kimyoviy eritmasi bilan, so'ngra dimetil sulfoksidning 25% eritmasidan foydalangan holda abakterial vosita bilan amalga oshirildi. Abakterial muhit steril kauchuk jarrohlik qo'lqop yordamida yaratilgan, qo'lqopning o'lchami esa bemorning qo'lidan kattaroq 2 raqam bilan tanlangan. Qo'lqopning lumeni barmoqlarning yuqori chegarasiga dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan to'ldirilgan, keyin bemorning ta'sirlangan qo'li u erga cho'mdirilgan. Qo'lqopning yuqori qismi 3-rasm yordamida bilakning pastki qismiga germetik tarzda o'rnatildi.



3-rasm. Dimexide preparati

Dimetil sulfoksid eritmasi (Dimexide, Dimexidum) dori dimexide xususiyatlari - formula bilan kimyoviy modda - $(CH_3)_2SO$. 24.02.1967 SSSR Sog'liqni saqlash vazirligining farmakologik qo'mitasi dimetil sulfoksidni klinik o'rganishga ruxsat berdi va 23. 06. 1971 yil tibbiy foydalanishga ruxsat berdi, shu jumladan yallig'lanishli teri kasalliklari va yiringli yaralarni davolash uchun.

Mamlakatimizda ushbu farmatsevtika moddasi "Dimexide" nomi bilan tanilgan (farmakologik Qo'mitaning nomenklatura komissiyasi tomonidan 03/31/1967 yillarda tasdiqlangan) (3-rasm).

U 100% mahsulot shaklida 100 ml shishalarda, shuningdek 50 ml miqdorida mavjud. Chet elda ushbu preparat Infiltrina, Dolicur, Somipront, Domoso, Dermasorb, Damul, Deltan, Mastan va boshqalar nomlari ostida va boshqa dorilar bilan birgalikda chiqariladi.

25% konsentratsiyali farmatsevtik eritmani tayyorlash uchun dimetil sulfoksid 1:3 nisbatda steril 0,9% natriy xlorid eritmasi bilan suyultirildi. O'tkir yiringli

kasallikni jarrohlik yo'li bilan davolashdan so'ng darhol dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan sanitariya ishlari olib borildi va xuddi shu eritma bilan namlangan doka salfetkalari yara yuzasiga surtili. Ushbu qadamlarning barchasini bajargandan so'ng, yara 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan bir xil doka mato bilan tamponlangan. Yuqoridan, fiksatsiya kuniga bir marta aseptik doka bintlari bilan amalga oshirildi.

§ 3.3. Klinik, laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari

Yara jarayonining holatini ob'ektiv baholash, uning umumiy va mahalliy ko'rinishlarining ushbu ko'rsatkichlari sub'ektiv ko'rsatkichlar bo'yicha (yara ajralishining tarkibi va tabiati, infiltratning rezorbsiyasi tezligi, yara qirralarining holati, granulyatsiya to'qimalarining holati va epitelizatsiya) va shunga muvofiq amalga oshirildi. bemorlarning ob'ektiv belgilari (tana harorati, umumiy klinik qon tekshiruvi, leykotsitlar intoksikatsiyasi indeksi, sarum qonidagi o'rta molekulyar peptidlarning kontsentratsiyasi, yara chiqindilarining pH qiymati, M. F. Masurica bo'yicha prognostik koeffitsientni (PC) hisoblash, yara yuzasi maydonining kamayishi foizi, qon bosimi darajasi. yaralarni davolash, bakteriologik va sitologik tadqiqotlar).

Leykotsitar intoksikatsiyasi indeksi (LII) ya formulasiga muvofiq hisoblab chiqilgan. Ya. Kalf-Kalifa:

$$LII = (4M_i + 3y + 2p + C)(Pl+1) / (L + Mo) (E + 1)$$

Yarani davolash tezligini baholash uchun L. N. Popova tomonidan taklif qilingan usul tanlandi. Ushbu usulning mohiyati quyidagilardan iborat: yara dezinfektsiyalangan shaffof plyonka bilan qoplangan, unda yaraning chegaralari belgilangan. Olingan rasm jarohatning maydonini matematik aniqlik bilan aniqlash uchun millimetrli qog'ozga o'tkaziladi. Ushbu tekshiruv usuli har kuni takrorlanadi va yara maydonining yara yuzasining oldingi o'lchoviga nisbati quyidagi formula bo'yicha hisoblanadi:

$$S = (S - S_n) * 100 / s * t$$

Mikrobiologik tahlil yara infeksiyasini sifatli va miqdoriy baholash, shuningdek, uning turli antibiotiklarga sezuvchanligini hisobga olgan holda yaradan oqindi namunalarini olish orqali amalga oshirildi.

Anaerob mikroorganizmlarni olish uchun V. M. Kocherovets va boshq. ishlatilgan. Yiringli yaralardan sekretiya bakteriologik tahlil uchun boshlang'ich material edi. Kichik miqdordagi ekssudat darhol tashish uchun zararsizlantirilgan flakonga AOK qilindi, unda allaqachon uch komponentli gaz aralashmasi mavjud edi: azot (80%), karbonat angidrid (10%), vodorod (10%). Ekssudatning yana bir qismi umumiy qabul qilingan sxema bo'yicha aeroblarning mavjudligi uchun tekshirildi. Bundan tashqari, jarrohlik aralashuvi paytida yaradan Ekspress bakterioskopiya uchun gramm bilan bo'yalgan smear olingan. Transport shishasi tadqiqot uchun bakteriologik laboratoriyaga yuborildi. Ultraviyole nurlanish yordamida anaeroblarning lyuminescent fazilatlarini aniqlandi, keyin ekish amalga oshirildi.

Sof kulturalarni olish va o'rganilayotgan materialning anaerob bakteriyalari miqdorini aniqlash uchun T. S. Gould usuli bo'yicha bir kun davomida mikroaerostatda anaerob gemagar bilan kamaytirilgan stakanlarda ekish amalga oshirildi. Shu maqsadda, diametri 3 millimetr bo'lgan bakteriologik pastadirga o't qo'yishdan oldin, tadqiqot uchun olingan materialni ekish uning yordami bilan amalga oshirildi va uni Petri idishining 1-sektoriga (30-40 zarba) joylashtirdi. Yonish paytida 1-sektordan 2-sektorgacha to'rtta chiziqli ekinlar tayyorlandi. Harakatlar avvalgi sektorlardan keyingi sektorlarga xuddi shu tarzda davom etdi. Natijalar maxsus jadval yordamida hisoblab chiqilgan.

Enterobakteriyalarni bostirish va ba'zi bakteroidlarni tanlash uchun ozuqa muhitiga antibiotiklar kiritildi. Ekish bilan stakanlarni Rossiyada ishlab chiqarilgan MK-752 mikro-aerostatiga solib, uch komponentli gaz konsistensiyasi (azot–80%, karbonat angidrid - 10% vodorod - 10%) bilan to'ldirilgan. jihozni uch marta puflash va havoni vakuum nasosi bilan pompalash 1 bankomatgacha.

Anaerobiozni nazorat qilish uchun mikroanaerostatga sterillikni nazorat

qiluvchi vosita kiritildi, unga bir necha tomchi 1% metilen ko'k suv eritmasi qo'shildi. Anaerob sharoitda o'rtacha rang yo'qoldi. Atmosfera kislorodi bilan aloqa qilganda, yuqori qatlam yashil-ko'k rangga ega bo'ldi. Silika jeli mikroanaerostatdagi kislorod va namlikning iz miqdorini yo'q qilish uchun ishlatilgan. Amalga oshirilgan harakatlardan so'ng, mikroanaerostat 2-3 kun davomida termostatga joylashtirildi. Fakultativ anaeroblar sof madaniyatni ajratgandan so'ng M. O. Birgerning umumiy qabul qilingan usuli bo'yicha aniqlandi va bundan tashqari, Etherotest I-II (Chexiya) yordamida majburiy anaeroblar anaerodisklar va biokimyoviy faollik tadqiqotlari yordamida aniqlandi. Aerob mikroorganizmlarning sezuvchanligi zich ozuqa muhitida odatdagi disklardan diffuziya va antibakterial dorilar bilan disklar yordamida agarda diffuziya orqali anaerob mikroblar bilan aniqlandi.

Sitologik tazyiqlar M. P. Pokrovskiy va M. S. Makarov usuli bilan qilingan. Nekrotik qopqoq va farmatsevtika qo'shimchalaridan xalos bo'lgandan so'ng, xuddi shu joyning 2-3 taassurotlari amalga oshirildi. Hujayra tarkibi jarayonning dinamikasi haqida aniq tasavvurga ega bo'lish uchun preparatning turli joylarida yuz yoki undan ortiq hujayradan 250-300 hujayragacha olib tashlangan holda foiz sifatida ifodalangan. Yara jarayonining shaxsiy kompyuterini hisoblash uchun M. F. Mazurik formulasi ishlatilgan.

Barcha bemorlarda yara chiqishining pH ko'rsatkichlari dinamikada o'lchandi. O'rta molekulyar peptidlar (MSM) hajmiga ko'ra, endogen intoksikatsiya darajasi 210 nm to'lqin uzunligida spektrometriya bilan baholandi.

§ 3.4. Materialni statistik ma'lumoti

Parametrik va parametrik bo'lmagan tahlil usullaridan foydalangan holda miqdoriy tadqiqot materiallarini statistik qayta ishlash amalga oshirildi. Biz Microsoft Office Excel 2010 elektron jadvallarini ma'lumotlar bazasini to'plash va ma'lumotlarni tizimlashtirish, shuningdek kerak bo'lganda uni sozlash vositasi sifatida ishlatdik. Statistik tahlil uchun IBM korporatsiyasi tomonidan ishlab chiqilgan IBM SPSS Statistics v. 23 dasturi ishlatilgan. Taqqoslangan

guruhlardagi sifat ko'rsatkichlaridagi farqlar 2-sonli mezonlar yordamida aniqlandi. To'rt maydonli jadvallarni tahlil qilishda, agar har bir katakchada kutilgan qiymatlar 2 yoki undan ko'p bo'lsa, 2 mezonidan foydalanilgan.

Kutilgan hodisa 5 dan kam bo'lgan bitta hujayrada kuzatilgan hollarda, tahlil qilish uchun aniq Fisher mezoni ishlatilgan. Farqlar $p < 0.05$ da statistik jihatdan ahamiyatli hisoblanadi.

Miqdoriy ko'rsatkichlar namuna taqsimotining normalligi uchun Shapiro-Uilk mezoni ($n < 50$ da) va Kolmogorov-Smirnov mezoni ($n > 50$ da) bo'yicha baholandi. Miqdoriy ko'rsatkichlarni tavsiflash uchun namuna taqsimotining normalligini baholagandan so'ng, ma'lumotlardan variatsion qatorlar shakllantirildi, unga ko'ra arifmetik o'rtacha ($\bar{x}$), standart og'ish (s) va standart xato (m) aniqlandi, qiymati 95 foiz ishonch oralig'i.

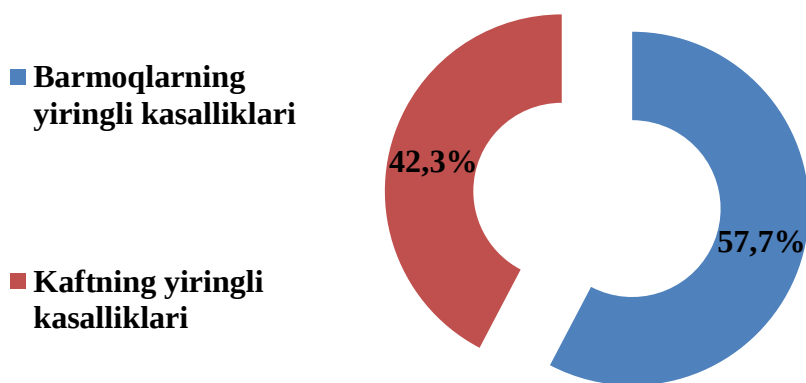
Tanlangan miqdoriy ma'lumotlarning mustaqil to'plamlarining o'rtacha qiymatlarini taqqoslash uchun talabning t-testi hisoblab chiqildi. Olingan natija uni tanqidiy qiymatlar bilan taqqoslash orqali baholandi. Agar ahamiyatlilik darajasining hisob-kitoblari $p < 0,05$ qiymatlarida joylashgan bo'lsa, ko'rsatkichlardagi farqlar statistik jihatdan ahamiyatli hisoblanadi. Ushbu namunalarni taqsimlashning normalligi belgilari bo'lmasa, qiyosiy tahlil uchun Mann-Uitni u-testi ishlatilgan.

Tanqidiy qadriyatlar va Mann-Uitni u-testi ma'lum bir ahamiyat darajasida taqqoslandi. Agar U ning olingan qiymati kritik qiymatdan kam bo'lsa, unda bu holda farqlarning statistik ahamiyati tanolingan.

VI bob. KAFT VA BARMOQLARNING YIRINGLI KASALLIKLARINI AN'ANAVIY DAVOLASH NATIJALARI.

§ 4.1. Kaft va barmoqlarning yiringli yallig'lanishli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni an'anaviy davolash usullari samaradorligi.

II bobda ko'rsatilganidek, kaft va barmoqlar yiringli nekrotik kasalliklari bo'lgan 78 bemor I guruhda bo'lgan, ulardan 45 (57,7%) turli etiologiyali barmoqlarning yiringli yallig'lanish jarayoni va 33 (42,3%) bemorda qo'lning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan. Barcha bemorlar davolanganida, yaralar yara jarayonining birinchi bosqichida edi. Davolash kuni barcha bemorlarga yiringli fokusning otopsi o'tkazildi (4-rasm).

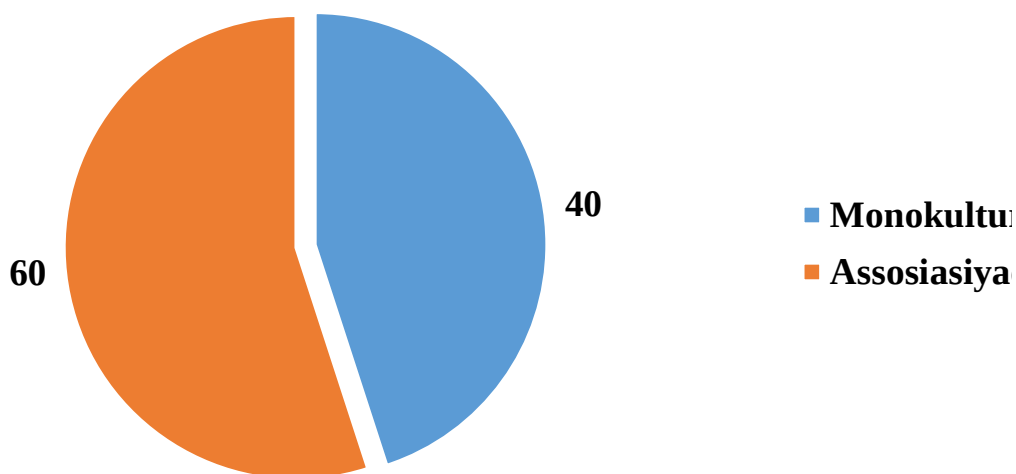


4-rasm. I guruh bemorlarining etiologik omillar bo'yicha taqsimlanishi

Taqqoslash guruhining I kichik guruhidagi 78 (52,7) bemordan 45 (57,7%) bemorda paronixiya 7 (15,6%), tirnoq osti 11 (24,4%), bo'g'im 5 (11,1%), suyak xasmoli 9 (20,0%) va pandaktilit 13 (28,9%).

Yara jarayonini baholashning muhim xarakterli mezoni mikrobial ifloslanish miqdorini aniqlash, mikrofloraning tur tarkibini va yarani tozalash vaqtini aniqlash edi. Qo'lning yiringli kasalliklari bo'lgan bemorlarning infektsiyalangan yaralari

ekssudatidan ekilgan mikrofloraning aniqlangan tur tarkibi, I taqqoslash guruhidagi bemorlar 4-rasmda ko'rsatilgan.



5-rasm. I taqqoslash guruhidagi bemorlarning yaralaridan ekilgan mikrofloraning turiga qarab tarkibi (n=78)

Ko'pgina hollarda, 33 bemor patogen stafilokokk bilan urug'langan, shundan 16 (20,5%) monokultura shaklida va 19 (24,3%) uyushmalarda. 29 ta kuzatuvda *E. coli* urug'langan, bu 12 (15,3%) hollarda monokultura sifatida va 20 (25,6%) mikrob uyushmalarining bir qismi sifatida mavjud edi.

Proteus, shuningdek, 18 holatda, 8 (10,2%) hollarda monokultura shaklida va 9 (11,5%) mikrobial uyushmalar va enterokokklarning bir qismi sifatida 15 holatda, 8 (10,2%) hollarda monokultura va uyushmalar shaklida aniqlangan. mos ravishda 7 holatda streptokokklar, 4 (5,1%) - uyushmada monokulturalar va 3 (3,8%). *Pseudomonas Aeruginosa* 2 (2,5%) bemorga monokultura sifatida va 1 (1,3%) mikrob uyushmalarining bir qismi sifatida ekilgan.

Davolash paytida bemorlarning umumiy ahvoli, aksariyat hollarda, o'rtacha og'irlikda edi. Klinik va laboratoriya ma'lumotlariga ko'ra, bemorlarda kuzatilgan eng keng tarqalgan hodisalar umumiy intoksikatsiyaning tavsifiga xos bo'lgan: tananing gipertermi yoki barqaror subfebrility, taxikardiya, zo'rg'a paypaslanadigan puls, terining oqarishi, harakatsizlik, qon esr o'sishi, leykotsitoz va formulaning chapga siljishi. Mahalliy: giperemiya, infiltratsiya va yara to'qimalari va uning atrofidagi shish. Chuqur og'riqli infiltratsiya palpatsiya bilan aniqlandi.

Yiringli-yallig'lanishli cho'tkalar tashxisi qo'yilgan 33 nafar bemordan 14 nafari (42,4%) Buxoro shahri va Buxoro viloyati tumanlaridagi boshqa turli birlamchi tibbiyot muassasalaridan qabul qilindi. Qolgan 19 (57,6%) bemor kasallik boshlanganidan keyin ikki kundan 5 kungacha qabul qilindi, bu bizning muassasamizda jarrohlik aralashuvi amalga oshirildi.

Davolash kunida barcha bemorlar tegishli premedikatsiyadan so'ng shoshilinch ravishda yiringli fokusni ochish uchun operatsiya o'tkazdilar. Yiringli bo'shliq vodorod peroksidning antiseptik 3% eritmasi bilan sanitarizatsiya qilindi va levomekol malhami 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan aseptik doka ostiga kuniga 1 marta, yiringli yaralarni davolash bo'yicha asosiy harakatlar tugagandan so'ng va tizimli ravishda qo'llanildi. antibiotik terapiyasi, kasallikning sezgirligini hisobga olgan holda. yaralarning mikroflorasi. Jarrohlik aralashuvlarning 60% dan ortig'i lokal behushlik ostida o'tkazildi.

Shuni ta'kidlash kerakki, barmoqlarning yiringli yallig'lanish kasalliklari va qo'lning yiringli kasalliklari bo'lgan bemorlarning keyingi davolash taktikasi bir xil edi.

Shuni ta'kidlash kerakki, kasallikning patogenetik xususiyatlarini hisobga olgan holda, qandli diabet bilan og'rigan bemorlar tadqiqotlarga kiritilmagan.

§ 4.2. Yara jarayonining klinik va laboratoriya dinamikasi va panaritiyaning turli shakllari bo'lgan bemorlarni davolash natijalari

I taqqoslash guruhining a–kichik guruhi barmoqlarining yiringli kasalliklari bo'lgan bemorlarda intoksikatsiya ko'rsatkichlari natijalarini tahlil qilish (n=45) quyidagi o'zgarishlarni aniqladi (5-jadval). Jadvaldan ko'rinib turibdiki, davolanish natijasi ko'rsatkichlar qiymatlarining pasayishining ijobiy dinamikasida aks etadi. Bemorlarni davolashning birinchi kunida tana haroratini o'lchash 38,7 ni tashkil etdiekspektlar 0,32 0C. qon testiga ko'ra: o'rtacha molekulalar hajmi -0,208, 0,011 birlik, leykotsitlar soni 9,8, 0,35 x 10⁹ / l, LII va ESR ko'paygan.

Jadval 5

I A-taqqoslash kichik guruhi barmoqlarining yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarda intoksikatsiya ko'rsatkichlarining dinamikasi (n=45)

Ko'rsatkichlar	kuzatish vaqti				
	1 kun	3 kun	5 kun	7 kun	10 kun
t ⁰ body	38,77±0,32 32	37,88±0,16*	37,33±0,2222 *	37,1,1±0,11	36,77±0,12*
I qon 10 ⁹ /l	9,88±0,353 5	8,66±0,34*	7,88±0,27	6,2,2±0,3131	6,0,0±0,2828
MSM BMT.	0,208±0,01 1	0,175±0,007**	0,161±0,008	0,128±0,007**	0,103±0,005***
LII un.	2,33±0,08	1,8585±0,08*	1,88±0,06	1,55±0,07	1,11±0,06***
esr mm/soat	45,4,4±1,7 777	36,3,3±1,4848*	31,2,2±1,34*	26,5,5±1,12** *	14,3,3±0,686 8****

Eslatma: * - oldingi kun ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (*- P<0,05, *
* - P < 0,01, * * * - P<0,001)

Uchinchi kuni davolanish natijalari ko'rsatkichlarning engil, ammo ijobiy o'zgarishini ko'rsatdi. Tana harorati o'lchash ko'rsatdi qadriyatlar 37.8 da 0.160 C. Ko'ra qon test: hajmi o'rtacha molekulalar bo'ladi 0.175 da 0.007 birliklari soni leykotsitlar hisoblanadi 8.6 da 0.34×10⁹/l, LII va ESR bor tushgan va qadriyatlar 1.85 da 0.08 va 36.3 da 1.48, mos ravishda.

Davolashning beshinchi kunidagi davolanish natijalari ko'rsatkichlarning sezilarli ijobiy o'zgarishini ko'rsatdi. Tana haroratini o'lchash subfebrillikni ko'rsatdi-37,3 va 0,220 C. I, MSM, LII va ESR qon parametrlarining qiymatlari tananing intoksikatsiyasining pasayishini tasdiqladi.

Davolashning ettinchi kunidagi miqdoriy davolash natijalari tanlangan davolash samaradorligini isbotladi va pasayish tendentsiyasiga ega bo'ldi. Va davolanishning o'ninchi kuniga kelib, tana haroratini o'lchash allaqachon 36,7 ni tashkil etadikategishli 0,120 C. qolgan qon miqdori, qon ESRDAN tashqari, normal chegaralarga qaytdi.

I (n=45) taqqoslash guruhining a-kichik guruhining biokimyoviy parametrlari

natijalarini tahlil qilish quyidagi dinamikani aniqladi (6-jadval). Tahlil qilingan guruh bemorlarida ambulator davolanishning birinchi kunida yara muhitining dastlabki pH qiymati aniqlandi, uning qiymati atsidozni ko'rsatdi, bu 4,5 ichida.0,17, bu sezilarli darajada past qiymatdir. Ras ekssudat oqsilining o'rtacha qiymati 58,9, 1,59 g/l. kompyuter o'rtacha 0,9 va 0,04 donani tashkil etdi.

Davolashning birinchi kunida olingan dastlabki biokimyoviy ko'rsatkichlar bilan taqqoslaganda, uchinchi kuni yara muhitining pH qiymati biroz oshib, 4,8 ni tashkil etdi.0,14 (faqat 0,3 birlikka o'sish). Beshinchi kuni farq +0,8, ettinchi kuni - 0,6, o'ninchi kuni esa 0,9 ni tashkil etdi. Davolashning uchinchi kunida yara yuzasi maydonining qisqarish foizi o'rtacha 1,3 ni tashkil etdieksatsiyalar 0,02%; davolashning beshinchi kunida qiymat 1,2% ga oshdi; ettinchi kuni ekstansiyalar 0,8 va o'ninchi kuni ekstansiyalar 0,1% ga oshdi.

Yaralar ekssudatining oqsil fraktsiyasini aniqlash natijalari quyidagicha edi: davolashning birinchi kunida 58,9 dots 1,59 g/ l, bir kundan keyin - 3 g/l ga, bir kundan keyin 8,5 g/l ga, ettinchi kuni 3,7 g/l ga kamaydi va 10-kuni aniqlanmadi. Qondagi umumiy oqsil ko'rsatkichlari quyidagicha o'zgargan: davolanishning birinchi kunida 64,4 D. 2,39 g /l, bir kundan keyin 3,3 g /l ga, boshqa kundan keyin – 2 g/l ga, ettinchi kuni – 2,9 g /l ga, o'ninchi kuni – 3.6 g/l tomonidan.

Jadval 6

I A– taqqoslash kichik guruhidagi bemorlarda biokimyoviy ko'rsatkichlar dinamikasi va yaralarni davolash darajasi (n=45)

Ko'rsatkichlar	kuzatish vaqti				
	1 kun	3 kun	5 kun	7 kun	9-10 kun
yara muhitining pH	qiymati 4,55±0,17	4,88±0,14	5,66±0,12***	6,2,2±0,22	7,1±0,3131* **
yara yuzasi maydonini kamaytirish foizi	0	1,33±0,02***	2,55±0,06***	3,33±0,1111* **	3,44±0,2121
yara ekssudat oqsili (g /l)	58,9,9±1,59 59	55,9,9±1,3737	7,4,4±1,2929* *	43,7,7±1,17	-
umumiy qon oqsili (g / l)	64,4,4±2,39 39	67,7,7±1,8888	69,7,7±1,7878	72,6,6±1,84 84	76,2,2±3,41

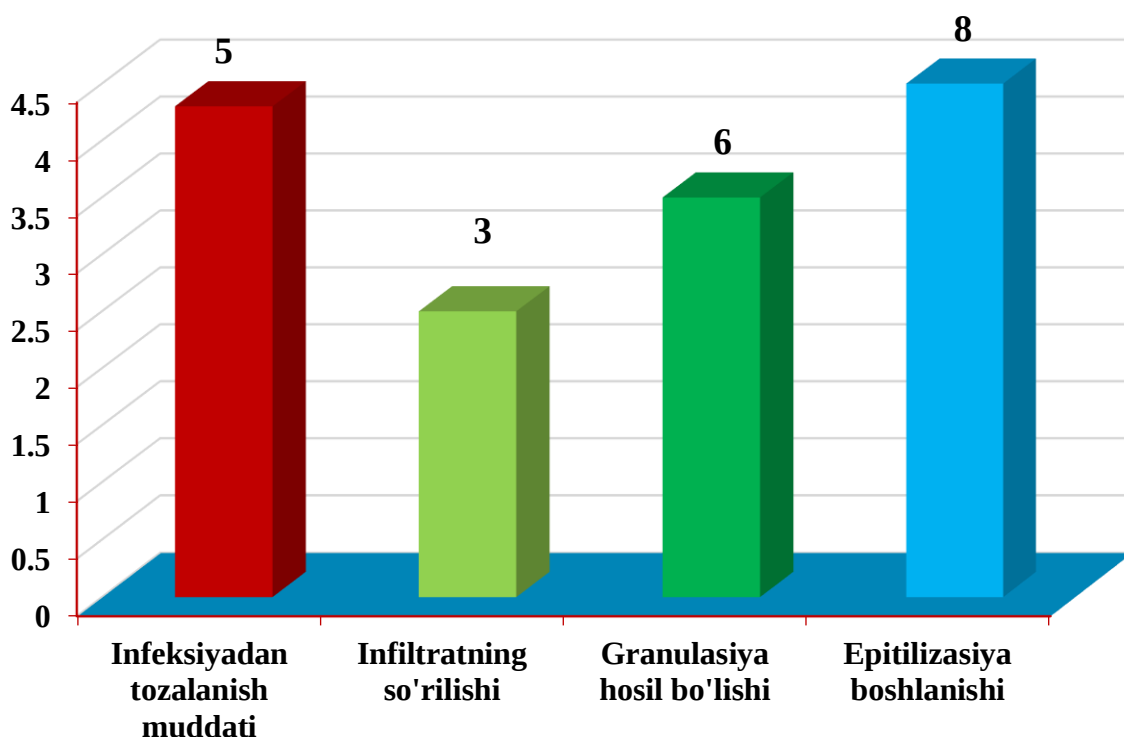
M. F. Mazurik PK	0,9,9±0,04	1,22±0,03**	1,4±0,05***	1,66±0,03*	-
------------------	------------	-------------	-------------	------------	---

Izoh: * - oldingi kun ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (*- P<0,05, ** - P<0,01, *** - P < 0,001)

Shu bilan birga, Mazurik uchun MAC xuddi shu davolanish davri uchun o'sish dinamikasiga ega edi: +0,3, +0,2, +0,4 birlik. Shunday qilib, rasm shuni ko'rsatadiki, davolanish samaradorligi beshinchi kuni sezilarli darajada namoyon bo'la boshlaydi. Davolashning o'ninchi kunida yara muhitining pH qiymati neytral edi.

Yaradan ekssudat endi chiqarilmadi, bu yara jarayonining 2-bosqichga o'tishini anglatadi.

Bemorlarda yiringli yallig'langan yaralarning mikroblar ifloslanish darajasi dinamikada kuzatildi. Dastlab, u o'rtacha 108 mt/g. ertasi kuni uning qiymati shikastlanish joyini jarrohlik yo'li bilan davolash va malham surtish ta'siri ostida 105 mt / g gacha kamaydi. Uch kunlik kompleks davolanishdan so'ng mikroblarning ifloslanish darajasi kritik darajadan past bo'ldi - 102 mt/g.



Rasm 6. Kaft barmoqlarining yiringli-nekrotik kasalliklari bilan taqqoslash guruhining I kichik guruhidagi bemorlarda yaralarni tozalash va davolash shartlari (n=45)

6-rasmda ko'rsatilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, taqqoslash guruhining I kichik guruhidagi bemorlarda davolanish natijasida infiltrat rezorbsiyasining boshlanishi ikki kundan keyin sodir bo'lgan, jarohatni infektsiyadan tozalash boshlanishi va granulyatsiyalar paydo bo'lishi aniqlangan - o'rtacha 5 ga.0,5 kun. Ushbu ma'lumotlar sitologik tadqiqotlar bilan tasdiqlangan. Davolash boshlanganidan bir kun o'tgach, sitologik preparatlarda fagotsitozning to'liq bo'lmagan va buzuv turi bo'lgan halokatli va degenerativ o'zgargan leykotsitlar sonining ko'payishi qayd etildi.

5-kuni sitologik tekshiruv ma'lumotlari asosan yallig'lanish va yallig'lanish-regenerativ tabiatni ko'rsatdi va 8-kuni sitogrammalar regenerativ turga egabo'ldi.

Yuqoridagi ma'lumotlarni ko'rsatish uchun biz klinik kuzatuv holatini taqdim etamiz:

Bemor A. 32 yoshda. 3781-sonli ambulatoriya kartasi Buxoro shahridagi 9-oilaviy poliklinikaning jarrohlik kabinetiga og'riq, o'ng qo'lning birinchi barmog'i harakatining buzilishi bilan kuchli shishish, tana harorati 38,00 C, titroq va ishtahaning etishmasligi shikoyatlari bilan qabul qilindi. Bemorning so'zlariga ko'ra, u 5 kun oldin o'zini jarohatlagan va parchani o'zi olib tashlagan. Men Vishnevskiy malhamini celafan plyonkasi ostida qo'llash orqali o'zimni davolashga harakat qildim, shish dinamikada oshdi, terining qizarishi paydo bo'ldi, og'riq kuchaydi, tana harorati ko'tarildi, shundan keyin u bizga murojaat qildi. Ob'ektiv ravishda: bemorning umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, terisi va ko'rinadigan shilliq pardalari pushti rangga ega. Kor: ohanglar a o'chiriladi/D 130/75 mmHg. Puls daqiqada 96 zarba. Ikkala tomondan o'pkada vesikulyar nafas eshitildi. Til etarlicha nam emas, qorin yumshoq, og'riqsizdir. Mahalliy: davolash paytida o'ng qo'lning i barmog'i keskin shishgan, asosiy va tirnoqning lateral yuzasida tebranish qayd etilgan. Harakatlar jiddiy cheklangan (shish, og'riq). Shish va giperemiya o'ng qo'lning orqa va kaft yuzalaridan interdigital bo'shliqning 2-maydoniga tarqaldi. Tashxis qo'yildi: teri osti panaritium i o'ng qo'lning barmog'i.

Yiringli fokusni, uning drenajini ochish uchun lokal behushlik ostida jarrohlik operatsiyasi o'tkazildi, hidsiz taxminan 8 ml yiringli ekssudat mustaqil ravishda chiqarildi. Keyin u 3% vodorod periks va 5% furatsilin eritmasining antiseptik eritmaları bilan yuvilgan. Levomekol gidrofil asosidagi antiseptik malham bilan bandaj qo'llanildi.

Yiringli ekssudat bakteriologik tekshirish uchun olingan. Yara muhitining pH qiymati 5,1, PC – 1,07; yaraning bakterial ifloslanishi 109 mt/g ni tashkil etdi. qon testlaridan: l – 8,0, 109/l; LII – 2,11, ESR – 32,1 mg/soat, MSM – 0,188 birlik. Bakteriologik tekshiruv paytida Avliyo Aureus ekilgan. Bemorga siprofloksatsin 500 tabletkadan 1 tabletkadan kuniga 2 marta, nistatin 50000ed 1 tabletkadan kuniga 3 marta buyurilgan. Va og'riq uchun Kypen tabletkalari, mahalliy davolash levomekol malhami bilan kunlik kiyimlardan iborat edi. Davolashning 3-4 kunida yara atrofida qizarish va infiltratsiya sezilarli darajada kamaydi. Shu bilan birga, yara yuzasi maydonining qisqarish foizi 3,7% ni tashkil etdi. Bemorning tana harorati 37,2 ga tushdi 0C. intoksikatsiya ma'lumotlarini kuzatish ko'rsatkichlari va bemorning biokimyoviy parametrlari 7-jadvalda keltirilgan. Davolashning 5-6 kunida 2 fazali yara jarayonining o'ziga xos klinikasi paydo bo'ldi: yara atrofida infiltratsiya yo'qoldi, granulyatsiya to'qimasi paydo bo'ldi. Bemorning tana harorati normal holatga qaytdi. 8-9-kunlarda suvli granulyatsiya fonida yara qirralarining epitelizatsiyasi boshlandi.

Ushbu misoldan ko'rinib turibdiki, intoksikatsiyaning asosiy parametrlarini normallashtirish faqat davolanishning 7-8 kunida sodir bo'lgan.

Qo'l to'qimalarining yiringli-nekrotik kasalliklari bilan taqqoslash guruhidagi bemorlarni o'rganish an'anaviy davolash usuli bilan yara jarayonining quyidagi xususiyatlarini aniqladi: yiringli yarani davolashda Levomekol malhamidan foydalanganda yiringli yarani to'liq tozalash va normallashtirishga erishish mumkin intoksikatsiya ko'rsatkichlari. Yara jarayonining borishini tananing intoksikatsiyasi va yara ekssudatining biokimyoviy ko'rsatkichlari, yarani infeksiyadan tozalash vaqti, granulyatsiya va epitelizatsiya boshlanishini ko'rsatadigan laboratoriya tahlil ko'rsatkichlari bilan baholash kerak.

**Kaftning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda intoksikatsiya
ko'rsatkichlarining dinamikasi I B-taqqoslash kichik guruhi (n=33)**

Ko'rsatkichla r	kuzatish vaqti				
	1 kun	3 kun	5 kun	7 kun	10 kun
t ⁰ body	39,1,1±0,29 29	37,9,9±0,16*	37,55±0,16*	36,9±0,14	36,66±0,12*
l qon 10 ⁹ /l	10,1,1±0,51 51	8,99±0,4242*	8,2,2±0,3434	7,11±0,24	6,44±0,32
MSM BMT.	0,216±0,011	0,162±0,006**	0,157±0,008	0,135±0,003**	0,106±0,007***
LII un.	2,44±0,1111	2,1,1±0,08*	1,88±0,06	1,55±0,0505	1,33±0,04***
esr mm/soat	48,7,7±1,64 64	39,6,6±1,4747*	34,3,3±1,2121 *	28,6±1,14****	18,4,4±0,626 2****

Izoh: * - oldingi kun ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (*- P<0,05, ** - P<0,01, **

* - P < 0,001)

Yara jarayonining borishini baholash uchun olingan ko'rsatkichlar:

- yarani infeksiyadan kech tozalash (faqat davolanishning 4-kunida);
- davolashning 6-7 kunigacha granulyatsiya paydo bo'lishining boshlanishi;
- davolanishning 8-9 kunigacha epitelizatsiya paydo bo'lishining boshlanishi juda ko'p narsani talab qiladi;
- yara ekssudatining biokimyoviy ko'rsatkichlari faqat davolanishning 10-kunida normaga etadi;
- davolashning o'rtacha davomiyligi 11,5, 0,7 kun.

Bularning barchasi qo'l va barmoq to'qimalarining yiringli kasalliklarini davolashni yaxshilashga qaratilgan qo'shimcha chora-tadbirlarni ishlab chiqish zarurligini ta'kidladi.

To'qimalar barmoqlarining yiringli-nekrotik lezyonlari bo'lgan bemorlarni davolashning an'anaviy usulidan foydalanganda olingan qoniqarsiz natijalar vazifani qo'ydi-qo'llaniladigan davolash usullarini takomillashtirish va fizik-

kimyoviy usullar yordamida ushbu patologiyani kompleks davolashning yangi usullarini ishlab chiqish.

Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, kimyoviy usullar orasida mikroorganizmning turi va qarshiligidan qat'i nazar, yallig'lanishga qarshi va antibakterial ta'sirga ega dimetil sulfoksid eritmasidan foydalanishga ustunlik berildi.

Barmoqlarning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan I A kichik guruhidagi bemorlarni davolashning an'anaviy usuli bilan ambulator davolanishning o'rtacha davomiyligi 7,5 ni tashkil etdi. o'rtacha 0,6 kun.

§ 4.3. Yara jarayonining klinik va laboratoriya dinamikasi va kaftning yiringli kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolash natijalari

I taqqoslash guruhining b - kichik guruhining (n=33) cho'tka to'qimalarining yiringli kasalliklari bo'lgan bemorlar tanasining intoksikatsiya ko'rsatkichlari natijalarini tahlil qilish quyidagi o'zgarishlarni aniqladi (8-jadval). Jadvaldan ko'rinib turibdiki, davolanish natijasi ko'rsatkichlar qiymatlarining pasayishining ijobiy dinamikasida ham aks etadi. Tana haroratining qiymati dastlab 39,1 ni tashkil etditeksatsiyalar 0,290 C.

Laboratoriya qon tahlilining natijalari: o'rtacha molekulalarning hajmi 0,216, 0,011 birlik, leykotsitlar soni 10,1, 0,51 x 10⁹ / l, LII va ESR ko'rsatkichlari ortiqcha baholanadi.

Bir kundan keyin davolanish natijalari ko'rsatkichlarda engil ijobiy o'zgarishlarni ko'rsatdi. Shunday qilib, o'lchov tana harorati ko'rsatdi qadriyatlar, 37.9 da 0.160 C. Ko'ra qon test: hajmi o'rtacha molekulalar bo'ladi -0.162 da 0.006 birliklari soni leykotsitlar kamaydi uchun 8.9 da 0.42x10⁹/l, LII va ESR kamaydi uchun qiymatlari qadar 2.1 da 0.08 va 39.6 da 1.47, mos ravishda.

Таблица 8

I B– taqqoslash kichik guruhidagi bemorlarda biokimyoviy ko'rsatkichlar dinamikasi va yaralarni bitish darajasi (n=33)

Ko'rsatkichlar	kuzatish vaqti				
	1 kun	3 kun	5 kun	7 kun	10 kun

yara muhitining pH	qiymati 4,33±0,141 4	4,6±0,11	5,44±0,16***	5,88±0,27	6,9,9±0,29***
yara yuzasi maydonini kamaytirish foizi	0	1,2±0,04***	2,44±0,03***	2,9,9±0,16** *	3,44±0,17
yara ekssudat oqsili (g /l)	59,66±1,64	57,1,1±1,49	8,1,1±1,2828* *	44,7,7±1,14	-
umumiy qon oqsili (g / l)	62,7,7±2,39 39	66,2,2±1,774	69,66±1,774	71,3,3±1,66 6	74,5,5±3,4343
M. F. Mazurik PK	0,9,9±0,03	1,2±0,04**	1,3±0,05***	1,5±0,04*	-

Izoh: * - oldingi kun ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (*- P<0,05, ** - P<0,01, *** - P < 0,001)

Davolashning beshinchi kunidagi davolanish natijalari ham ko'rsatkichlarning sezilarli ijobiy o'zgarishini ko'rsatdi. Tana haroratini o'lchash engil subfebrillikni ko'rsatdi-37,9 D. 0,160 C. l, MSM, LII va ESR qon parametrlarining qiymatlari tananing intoksikatsiyasining pasayishini tasdiqladi. Shu bilan birga, qon tahlilining laboratoriya ko'rsatkichlari bo'yicha tananing intoksikatsiyasining barcha ko'rsatkichlari uchun ularning normallasishi qayd etildi. Biroq, bu yaxshilanish tendentsiyasi uzoq vaqt talab qildi. Ta'sir faqat 7-kuni o'zini namoyon qila boshladi va 10-kunga kelib qon ESRDAN tashqari barcha intoksikatsiya ko'rsatkichlari normal chegaralarda edi.

I (n=33) taqqoslash guruhining b-kichik guruhining biokimyoviy parametrlari natijalarini tahlil qilish quyidagi dinamikani aniqladi (8-jadval). Tahlil qilingan guruhdagi bemorlarda ambulator davolanishning birinchi kunida yara muhitining dastlabki pH qiymati aniqlandi, uning qiymati 4,3 ichida bo'lgan atsidozni ham ko'rsatdi.0,14, bu sezilarli darajada past qiymatdir.

Davolashning birinchi kunida olingan dastlabki biokimyoviy ko'rsatkichlar bilan taqqoslaganda, uchinchi kuni yara muhitining pH qiymati biroz oshib, 4,6 ni tashkil etdi.0,11 (0,3 birlikka o'sish). Beshinchi kuni farq 0,8, ettinchi kuni – +0,4 va o'ninchi kuni + 1,1 edi. Davolashning uchinchi kunida yara yuzasi maydonining

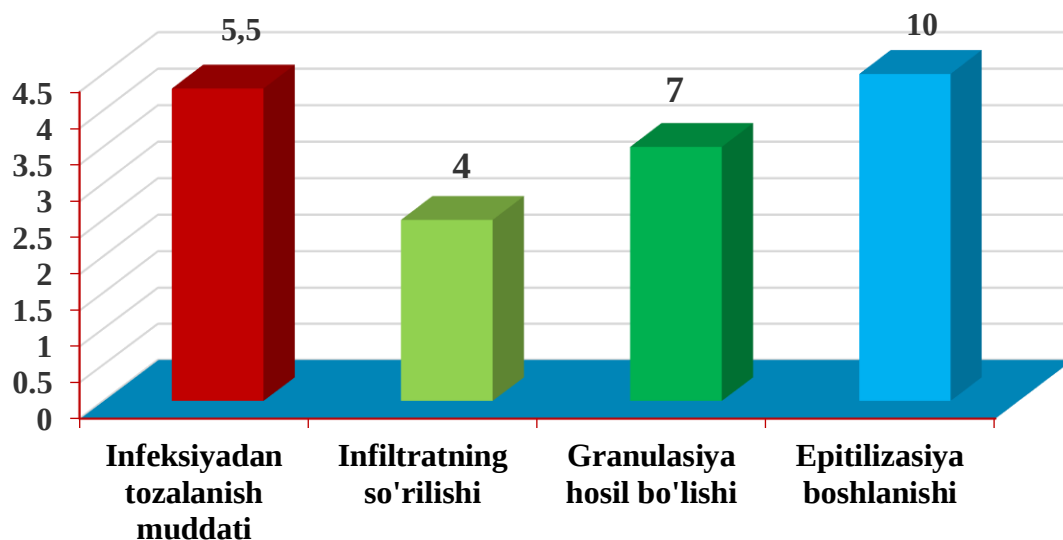
qisqarish foizi o'rtacha 1,2 ni tashkil etdi. 0,04%; davolashning beshinchi kunida qiymat + 1,2% ga oshdi; ettinchi kuni +0,5 va o'ninchi kuni.

Yaralar ekssudatining oqsil fraktsiyasini aniqlash natijalari quyidagicha edi: davolashning birinchi kunida 59,6 bitta 1,64 g / l, bir kundan keyin 2,5 g/l ga, bir kundan keyin 9,0 g/l ga, ettinchi kuni 3,4 g/l ga kamaydi, 10-kuni aniqlanmadi. Qondagi umumiy oqsil ko'rsatkichlari quyidagicha o'zgargan: davolanishning birinchi kunida 62,7 D. 2,39 g / l, bir kundan keyin 3,5 g / l ga, boshqa kundan keyin – 3,4 g / l ga, ettinchi kuni – 1,7 g / l ga, o'ninchi kuni – 3.2 g/l tomonidan.

Shu bilan birga, Mazurik bo'yicha kompyuterda xuddi shu davolanish davri uchun o'sish dinamikasi bor edi: +0,3, +0,1, +0,2 birlik. Shunday qilib, rasm shuni ko'rsatdiki, davolanish samaradorligi beshinchi kuni sezilarli darajada namoyon bo'la boshlaydi. Davolashning o'ninchi kunida pH neytralligiga erishildi. Yaradan ekssudat endi chiqarilmadi, bu yara jarayonining 2-bosqichga o'tishini anglatadi.

Bemorlarda yiringli yallig'langan yaralarning mikrobial ifloslanish darajasi dinamikada kuzatildi. Dastlab, u o'rtacha 108 mt/g. ertasi kuni uning qiymati shikastlanish joyini jarrohlik yo'li bilan davolash va malham bilan bog'lash ta'siri ostida 105 mt / g ga kamaydi. Besh kunlik kompleks davolanishdan so'ng mikroblarning ifloslanish darajasi kritik darajadan past darajaga yetdi - 102mt/g to'qima.

7-rasmda ko'rsatilgan ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, taqqoslash guruhining I kichik guruhidagi bemorlarda davolanish natijasida infiltrat rezorbsiyasining boshlanishi uch kundan keyin sodir bo'lgan, jarohatni infektsiyadan tozalashning boshlanishi aniqlangan-o'rtacha 5,5 ga. 5 kun va granulyatsiyalar paydo bo'lishi aniqlangan. davolashning 7-kuni.



Rasm. 7. Kaftning yiringli-nekrotik kasalliklari bilan taqqoslash guruhining I kichik guruhidagi bemorlarda yaralarni tozalash va davolash shartlari (n=33)

Ushbu ma'lumotlar sitologik tadqiqotlar bilan tasdiqlangan. Davolash boshlanganidan 2 kun o'tgach, sitologik preparatlarda fagotsitozning to'liq bo'lmagan va buzuvchi bo'lgan halokatcha va degenerativ o'zgargan leykotsitlar sonining ko'payishi qayd etildi.

5-kuni sitologik tekshiruv ma'lumotlari asosan yallig'lanish va yallig'lanish-regenerativ tabiatni ko'rsatdi va 8-kuni sitogrammalar regenerativ turga ega bo'ldi.

Shunday qilib, kuzatuvlar shuni ko'rsatadiki, HCG bilan og'riq bemorlarni davolashning an'anaviy usuli bilan (b taqqoslash guruhining I kichik guruhida) ambulator davolanishning o'rtacha davomiyligi $13,5 \pm 0,8$ kunnitashkil etdi.

Yuqoridagi ma'lumotlarni ko'rsatish uchun biz klinik misol taqdim etamiz:

Bemor Saidov N., 69 yosh. Ambulatoriya karta No. 2061. U Buxoro shahridagi 9-oilaviy poliklinikaning jarrohlik idorasiga o'ng qo'lning harakati, o'ng qo'lning shishishi va qizarishi, bosh og'rig'i, bezovtalik, umumiy zaiflik, tana haroratining $39,40^{\circ}\text{C}$ gacha ko'tarilishi bilan kuchaygan og'riq shikoyatlari bilan yotqizilgan. anamnezdan: 4 kun oldin u jarohat olgan o'ng qo'lning palma yuzasini temir varaq bilan kesish shaklida. Mustaqil ravishda peroksid suv bilan davolanadi, yarani mato bilan yopdi, shundan keyin shish va og'riq paydo bo'ldi. Dinamikada

bemorning ahvoli yomonlashdi, shish paydo bo'ldi, terining qizarishi paydo bo'ldi, og'riq kuchaydi, tana harorati ko'tarildi, shundan so'ng u bizga murojaat qildi va kasalxonaga yotqizildi. Ob'ektiv ravishda: bemorning umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, terisi va ko'rinadigan shilliq pardalari pushti rangga ega. Kor: ohanglar a o'chiriladi/D 145/90 mmHg. Puls daqiqada 88 zarba. Ikkala tomondan o'pkada vesikulyar nafas eshitildi. Til etarlicha nam emas, qorin yumshoq, og'riqsizdir. Mahalliy: o'ng qo'lning tener sohasida anteromedial yuzada ochiq yara bor. Uning atrofida yumshoq to'qimalarning erishi va biroz tarangligi, giperemiya, ba'zida teri epiteliyasining tozalanishi mavjud. Yaraning uzunligi 5 sm, kengligi - 2 sm. Yaraning pastki qismini tener mushaklari hosil qiladi. Pastki va devorlari fibrin va yiring quyqalari bilan qoplangan. Ular olib tashlanganda yarada quyuq kulrang nekroz joylari ko'rinadi. Yaraning qirralari tartibsiz, yirtilgan. Palpatsiya og'riqli siqishni, to'qimalarning kuchlanishini, cheklangan harakatchanlikni, tener to'qimalarining shishishini aniqlaydi. Palmar-teri burmasining silliqdigi ko'rinadi. Tashxis o'rnatildi: Tenerning o'ng qo'li flegmonasi.

O'ng qo'lning yarasining nekrektomiyasi amalga oshirildi, taxminan 20 ml yiringli hidsiz ekssudat mustaqil ravishda chiqarildi. Yiringli bo'shliqning pastki qismi mushaklararo bo'shliq edi. Yiringli ekssudat bakteriologik tekshirish uchun olingan. Yara muhitining pH qiymati 4,3, PC-1,02; yaraning bakterial ifloslanishi 109 mt/g ni tashkil etdi. qon testlaridan: I – 9,4, 109/l; LII – 2,22, ESR – 36,5 mg/soat, MSM – 0,194 birlik. Yara bo'shlig'i vodorod peroksidning 3% eritmasi bilan davolandi, quritilgan, nekrotik yumshoq to'qimalar olib tashlandi, so'ngra levomekol malhami bilan bandaj qo'llanildi. Bakteriologik tekshiruv paytida Avliyo aureus ekilgan. Bemorga metronidazol 100 ml IV buyurilgan, kuniga 3 marta tomizilgan, Seftriakson 1,0 – 2 marta / m. bundan tashqari, bemor immunostimulyatsion terapiya oldi, mahalliy davolash levomekol malhami bilan kunlik bog'lashdan iborat edi. Intoksikatsiya ma'lumotlarini kuzatish ko'rsatkichlari va bemorning biokimyoviy ko'rsatkichlari 8-jadvalda keltirilgan. Davolashning 4-kunida yara atrofida qizarish va infiltratsiya sezilarli darajada kamaydi. Yara yuzasi maydonining qisqarish foizi 4,3% ni tashkil etdi. Bemorning tana harorati

biroz pasaydi-37,7 0C. davolashning 6-kunida 2 fazali yara jarayoniga xos bo'lgan klinika paydo bo'ldi: yara atrofidagi infiltratsiya yo'qoldi, granulyatsiya to'qimalari paydo bo'ldi. 9-kunga kelib yara qirralarining epitelizatsiyasi boshlandi.

Ushbu misoldan ko'rinib turibdiki, intoksikatsiyaning asosiy parametrlarini normallashtirish faqat davolanishning 7-8 kunida sodir bo'lgan.

Qo'l to'qimalarining yiringli-nekrotik kasalliklari bilan taqqoslash guruhidagi bemorlarni o'rganish an'anaviy davolash usuli bilan yara jarayonining quyidagi xususiyatlarini aniqladi: yiringli yarani davolashda Levomekol malhamidan foydalanganda yiringli yarani to'liq tozalash va normallashtirishga erishish mumkin intoksikatsiya ko'rsatkichlari. Yara jarayonining borishini tananing intoksikatsiyasi va yara ekssudatining biokimyoviy ko'rsatkichlari, yarani infektsiyadan tozalash vaqti, granulyatsiya va epitelizatsiya boshlanishini ko'rsatadigan laboratoriya tahlil ko'rsatkichlari bilan baholash kerak. Полученные показатели оценки течения раневого процесса:

- yarani infektsiyadan kech tozalash (davolanishning 4-kuniga qadar);
- davolashning 6-7 kunigacha granulyatsiya paydo bo'lishining boshlanishi;
- davolanishning 8-9 kunigacha epitelizatsiya paydo bo'lishining boshlanishi juda ko'p narsani talab qiladi;
- yara ekssudatining biokimyoviy ko'rsatkichlari faqat davolanishning 10-kunida normaga etadi;
- davolashning o'rtacha davomiyligi 11,5, 0,7 kun.

Bularning barchasi qo'lning yiringli kasalliklarini davolashni yaxshilashga qaratilgan qo'shimcha chora-tadbirlarni ishlab chiqish zarurligini ta'kidladi.

Qo'lning yiringli-nekrotik lezyonlari bo'lgan bemorlarni davolashning an'anaviy usulidan foydalanganda olingan qoniqarsiz natijalar vazifani qo'ydi-qo'llaniladigan davolash usullarini takomillashtirish va fizik-kimyoviy usullar yordamida ushbu patologiyani kompleks davolashning yangi usullarini ishlab chiqish.

Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, kimyoviy usullar orasida mikroorganizmning turi va qarshiligidan qat'i nazar, yallig'lanishga qarshi va antibakterial ta'sirga ega dimetil sulfoksid eritmasidan foydalanishga ustunlik berildi.

Shunday qilib, bemorlarning I nazorat guruhini o'rganish natijalari quyidagilarni aniqladi: 25% dimetil sulfoksid eritmasi va levomekol malhamini mahalliy qo'llash bilan an'anaviy davolash usuli bilan barmoqlarning yiringli kasalliklari bo'lgan bemorlarning intoksikatsiya ko'rsatkichlari (va i taqqoslash guruhining kichik guruhlari) faqat normallashti. 7-8 kun davomida infeksiyadan tozalash vaqti 5 kunga, infiltratsion rezorbsiya 3 ga, granulyatsiya 6 paydo bo'lishi, epitelizatsiya faqat davolashning 8-kunida qayd etilgan. Qo'lning yiringli kasalliklari bilan og'rigan 33 bemorni o'z ichiga olgan taqqoslash guruhining I kichik guruhining b bemorlarining ushbu ko'rsatkichlari natijalari quyidagi xususiyatlarni ko'rsatdi - davolanish kunidagi intoksikatsiyaning barcha ko'rsatkichlari taqqoslash guruhining I kichik guruhining a bemorlariga qaraganda ancha yuqori edi. Davolash jarayonida barcha ko'rsatkichlarning dinamikasi, yiringli jarayonni baholashning mahalliy va umumiy mezonlari o'xshash edi. Ammo shuni ta'kidlash kerakki, taqqoslash guruhining I kichik guruhidagi bemorlarda ko'rsatkichlarni normallashtirish shartlari o'rtacha 3-4 kunga qisqardi, bu ham ambulator davolanish muddatini aks ettirdi. Davolashning bunday natijasi bizni qoniqtirmadi, shunga asosanib, biz bemorlarning ushbu kontingentini yaxshilash uchun barmoqlar va qo'llarning yiringli kasalliklarini mahalliy davolash usullarini mahalliy abakterial vosita yordamida takomillashtirishga qaror qildik. ishimizning keyingi bobiga bag'ishlangan.

V bob. KAFT VA BARMOQLARNING YIRINGLI KASALLIKLARINI DAVOLASHDA ABAKTIERIAL MUHITDA 25% DIMETIL SULFOKSID ERITMASINI QO'LLASH SAMARADORLIGI

§ 5.1. Barmoqlarning yiringli yallig'lanishli jarrohlik kasalliklarini davolashda dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial muhitdan foydalanish samaradorligini baholash.

Barmoqlarning turli yiringli yallig'lanishli jarrohlik kasalliklari bo'lgan 41 (58,6%) bemorlarda (II asosiy guruhning kichik guruhi) dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial vositadan foydalanish samaradorligi o'rganildi. Quyida biz bemorlarning ushbu kichik guruhida olingan natijalar tahlilini alohida taqdim etamiz.

Qayd etilganidek, asosiy guruhning II kichik guruhidagi 41 bemordan yiringli yaralar paronixiya 8 (19,5%), subartikulyar 9 (21,9%), artikulyar 4 (9,8%), suyak panaritiumi 8 (19,5%) va pandaktiliya 12 (29,3%) shaklida qayd etilgan..).

Asosiy guruh II kichik guruhining 29 bemorida qo'lning yiringli kasalliklari tenar flegmonalar shaklida bo'lgan – 9 holat (31,1%), gipotenar flegmonalar 6 holat (20,7%), komissural flegmona (kallus xo'ppozi) 9 holat (31,1%), o'rta palma bo'shlig'i flegmonalari (suprapodaponevrotik) 2 ta holat (6,9%), xoch (u shaklidagi flegmona, qo'lning orqa flegmonasi (suprapodaponevrotik) 1 ta holat (3,4%), qo'lning orqa qismi furunkulasi turli etiologik omillardan keyin 2 ta holat (6,7%). Barcha bemorlar davolanganida, yaralar yara jarayonining birinchi bosqichidaedi.

Klinik va laboratoriya ma'lumotlariga ko'ra, bemorlar ko'pincha umumiy intoksikatsiyaning tavsifiga xos bo'lgan hodisalarni boshdan kechirishgan: tananing gipertermi yoki doimiy cho'zilgan supfibril, taxikardiya, zo'rg'a paypaslanadigan puls, terining oqarishi, gipodinamiya, qon esr o'sishi, leykotsitoz va formulaning chapga siljishi. Yuzda yiringli-yallig'lanish kasalliklariga xos bo'lgan tananing umumiy intoksikatsiyasi tasviri mavjud. Mahalliy: giperemiya, infiltratsiya va yara to'qimalarining shishishi (82,1% hollarda) va uning atrofida.

Davolash jarayonida yaralarni davolash sodir bo'ldi, ko'rsatkichlar asta-sekin normal holatga qaytdi.

Barmoqlarning yiringli kasalliklari bilan og'rigan barcha bemorlar davolanish kunida shoshilinch ravishda yiringli fokusni ochish va yiringli bo'shliqni antiseptik 3% vodorod periks eritmasi bilan tozalash operatsiyasidan o'tdilar, quritgandan so'ng 25% dimetil sulfoksidning kimyoviy eritmasi bilan sanitarizatsiya qilindi, so'ngra levomekol malhami qo'llanildi va dimetilsulfoksidning 25% eritmasi bilan aseptik doka bandajlari. Operatsiyalarning 80% dan ortig'i lokal behushlik ostida o'tkazildi. Mahalliy davolash sifatida kuniga ikki marta 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan qo'shimcha abasillyar vosita 8 soat davomida ishlatilgan.

Davolash vaqtida bemorlarning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda edi. Bemorlar umumiy buzuvchilik va zaiflik, yiringli yara sohasidagi og'riq, uyqusizlik va ishtahani yo'qotishdan shikoyat qildilar.

Kasallikning retseptini tahlil qilganda, bemorlarning aksariyati (90% dan ortig'i) kasallik boshlanganidan boshlab ikki kundan besh kungacha qo'llanilishi aniqlandi.

Barmoqlarning yiringli kasalliklari va asosiy guruhning II kichik guruhi (n=41) bo'lgan bemorlarda klinik va laboratoriya parametrlarining dinamikasini o'rganish 9 va 10-jadvallarda aks ettirilgan.

Jadvaldan ko'rinib turibdiki, davolanish natijasi ko'rsatkichlar qiymatlarining pasayishining ijobiy dinamikasida aksetadi.

Jadval 9

II A-taqqoslash kichik guruhi barmoqlarining yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarda intoksikatsiya ko'rsatkichlarining dinamikasi (n=41)

Ko'rsatkichlar	kuzatish vaqti				
	1 kun	3 kun	5 kun	7 kun	10 kun
t ⁰ body	39,1±0,07	37,9±0,07	37,5±0,07***	36,6±0,07***	36,4±0,06**
l qon 10 ⁹ /l	9,4±0,48	8,5±0,43	7,3±0,31**	6,7±0,43	5,9±0,41
MSM BMT.	0,217±0,011	0,177±0,009	0,149±0,007***	0,108±0,007***	0,082±0,005**

LII un.	2,6±0,11	2,2±0,13	1,9±0,07***	1,1±0,07***	0,8±0,05***
esr mm/soat	48,2±1,90	42,2±1,74	36,7±1,54***	25,4±1,53***	12,1±0,81***

Eslatma: * - oldingi kun ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (**- $P < 0,01$, * * * - $P < 0,001$)

UAZni 25% dimetil sulfoksid eritmasi yordamida kompleks davolash tufayli 2 kundan keyin pH qiymatining neytral tomonida siljish kuzatildi. Yaraning sirt maydoni pasayishining boshlanishi kuniga 1,4, kuniga 0,07% ni tashkil etdi.

Davolashning birinchi kunida olingan dastlabki biokimyoviy ko'rsatkichlar bilan taqqoslaganda, uchinchi kuni yara muhitining pH qiymati biroz oshdi va 4 kundan keyin u neytral qiymatga yaqinlashdi - 5,1 = 0,32 va 10-kunga kelib u barqaror neytral ko'rsatkichga ega bo'ldi. Yara ekssudatining oqsili kamaydi. Kompyuter 1,3 dona 0,07 donaedi.

Jadval 10

II A kichik guruhidagi bemorlarda biokimyoviy ko'rsatkichlar dinamikasi va yaralarni bitish darajasi (n=41)

Ko'rsatkichlar	kuzatish vaqti				
	1 kun	3 kun	5 kun	7 kun	10 kun
yara muhitining pH	qiymati 4,1±0,28	4,3±0,28	5,1±0,32	6,4±0,22*	7,1±0,24***
yara yuzasi maydonini kamaytirish foizi	0	1,4±0,07***	1,9±0,06***	2,9±0,23***	3,1±0,12**
Yara ekssudat oqsili (g/l)	58,7±1,17	55,7±1,16	52,5±2,33	--	-
umumiy qon oqsili (g /l)	59,4±2,71	61,3±2,71	68,24±1,62	71,6±2,24	72,6±2,7
M. F. Mazurik PK	0,9±0,07	1,0±0,06	1,3±0,07	1,5±0,08*	1,8±0,07*

Izoh: * - oldingi kun ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (*- P<0,05, ** - P<0,01, *** - P< 0,001)

Yara yuzasi maydonining pasayishi 2,9-kuni 0,23% qiymatdan 7-kuni o'ninchi kuni 3,1% 0,12% gacha o'zgargan. Davolashning 10-kunidagi yakuniy kompyuter 1,8 daturga 0,07 birlikka teng edi.

Asosiy guruhning II kichik guruhidagi bemorlarning yaralarini bakteriologik tekshirish natijalari shuni ko'rsatdiki, kuzatuvning ko'p holatlarida mikroflora mikroblar assotsiatsiyasi shaklida topilgan degan xulosaga kelish mumkin.

Jadval 11

II B-taqqoslash kichik guruhi barmoqlarining yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarda intoksikatsiya ko'rsatkichlarining dinamikasi (n=29)

Ko'rsatkichlar	kuzatish vaqti				
	1 kun	3 kun	5 kun	7 kun	10 kun
t ⁰ body	38,9±0,08	37,3±0,07***	36,7±0,08***	36,6±0,08	36,5±0,09
l qon 10 ⁹ /l	9,8±0,38	7,0±0,32***	6,2±0,34*	5,6±0,18	5,7 TXVU 0,26
MSM BMT.	0,218±0,012	0,121±0,007***	0,093±0,004*	0,082±0,004***	0,072±0,005
LII un.	2,7±0,14	1,3±0,07***	0,9±0,05***	0,7±0,03	0,5±0,04***
esr mm/soat	49,8±2,24	28,5±1,4***	18,4±0,85***	11,6±0,44***	6±0,34***

Izoh: * - oldingi kun ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (*- P<0,05, ** - P<0,01, *** - P< 0,001)

Mikrobia ifloslanish darajasini aniqlash uchun asosiy guruhning II kichik guruhining a bemorlarining yiringli yaralarini kuzatish dinamikasi quyidagi xulosalar chiqarishga imkon berdi:

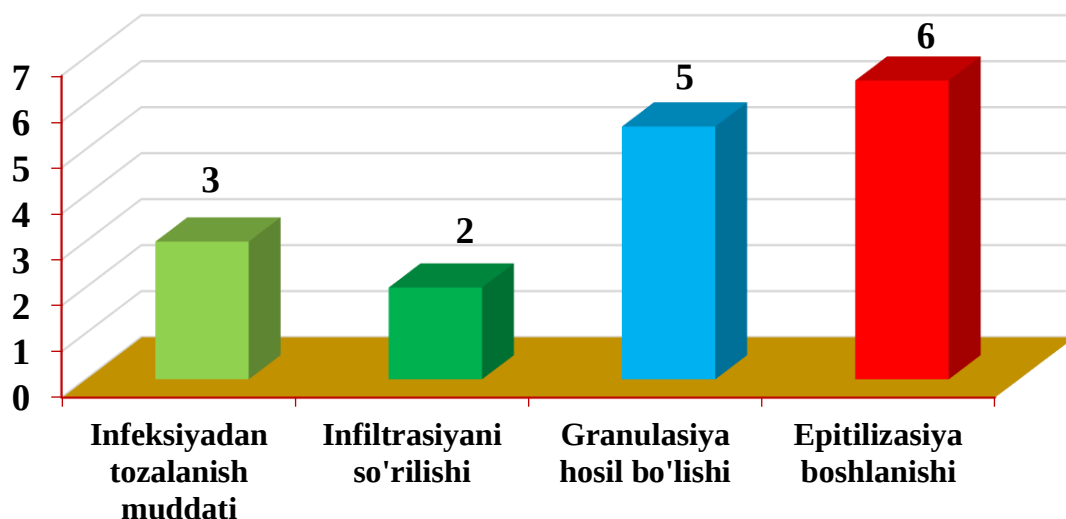
- tibbiy yordamga murojaat qilgan bemorlarning dastlabki davrida yaraning mikrobia ifloslanishi I guruh bilan taqqoslandi va 108 mt/g ni tashkil etdi;

- UAS sharoitida yarani 25% dimetilsulfoksid eritmasi bilan jarrohlik yo'li bilan davolashdan so'ng, yaraning mikrobia ifloslanishi 4 ta kattalikka kamaydi;

- kelajakda UAS yordamida yaraning mikrobal ifloslanishining pasayishi kuzatildi, bu davolanishning 2-3 kunida uning ko'rsatkichlari kritik darajadan past darajada edi (103 mt/g – 102 mt/g).

Barmoqlarning yiringli yaralarida dimetilsulfoksidning 25% eritmasidan foydalanish ikki kundan keyin yaralarni infektsiyadan to'liq tozalashga va bir kunlik davolanishdan keyin infiltratning rezorbsiyasiga olib keldi. Granulyatsiyaning boshlanishi davolanishning 5-kunida, epitelizatsiya esa 6-kunida qayd etilgan.

Taqqoslash guruhining II kichik guruhining a bemorlarini davolash natijalari bilan ushbu ko'rsatkichlarning qiyosiy tahlili taqqoslash guruhining I kichik guruhining a bemorlariga qaraganda 3-4 kunga tozalash va yaralarni davolash bo'yicha sezilarli yutuqlarni aniqladi (rasm 8).



8-rasm. Barmoqlarning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan asosiy a guruhining II kichik guruhidagi bemorlarda tozalash va yaralarni davolash shartlari (n=41)

Shunday qilib, kichik guruhning a (I) va A (II) bemorlarida biokimyoviy ko'rsatkichlar dinamikasi va barmoqlarning yiringli yaralarini tozalash va davolash tezligining qiyosiy tahlili quyidagilarni aniqladi: yiringli jarrohlik davolashda foydalanish. barmoqlarning kasalliklari abakterial yordamida davolash kompleksida ishlab chiqilgan sxema bo'yicha vosita samarali usul hisoblanadi. Asosiy guruhning II kichik guruhida bemorlarni ambulator davolash davomiyligi

o'rtacha 5,5 ni tashkil etdieksportlar 0,7 kun, bu nazorat guruhidan 2,5-3 kun oldinda.

Agar a (I) va A(II) kichik guruhlardagi bemorlarda biokimyoviy ko'rsatkichlar dinamikasi va yaralarni davolash tezligi haqidagi ma'lumotlarni solishtirsak, barmoqlarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda quyidagilar mavjud degan xulosaga kelishimiz mumkin:

- a (II) kichik guruhidagi bemorlarda yara muhitining pH qiymatini tezlashtirilgan normallashtirish. Shunday qilib, a (I) kichik guruhi bo'lgan hollarda, pH davolashning 10-kunida neytral qiymatga ega bo'ldi va bemorlarda A(II) olti kunlik davolanishdan keyin;

- davolashning 6-kunida A (II) kichik guruhidagi bemorlarda sitogrammalarning muhim regenerativ turi qayd etilgan va i taqqoslash guruhida ushbu davr uchun asosan yallig'lanishli va yallig'lanishli-regenerativ sitogrammalar turi kuzatilgan;

- A (II) kichik guruhidagi bemorlarda yarani infeksiyadan erta tozalash va intrakranial infiltratning rezorbsiyasi (sezilarli darajada, bir kunlik davolanishdan so'ng, kompleks davolashda 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan mahalliy UAS vositasidan foydalanish);

- granulyatsiyalar paydo bo'lishining boshlanishi: A (I) kichik guruhda - davolashning 5 - kunida va (II) kichik guruhda-3-4 kun ichida sezilarli tezlashuv,

- epitelizatsiya boshlanishi: (I) kichik guruhda - 6 - kuni va (II) kichik guruhda-3-4 kun ichida sezilarli tezlashuv.

Shunday qilib, olingan natijalar shuni ko'rsatdiki, barmoqlarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolash kompleksiga yaraga 25% dimetil sulfoksid eritmasi yordamida UASNI topikal qo'llash yarani tozalashni tezlashtirishga, yara ekssudatining biokimyoviy va sitologik parametrlarini yaxshilashga yordam berdi. Ushbu dinamika yara lezyonining yallig'lanish bosqichidan regeneratsiya bosqichiga o'tish vaqtini 1,5 ga qisqartirishga yordam berdi.2,0 kun.

Umuman olganda, bemorlarning ambulatoriya sharoitida davolanish muddati a (I) taqqoslash guruhidagi bemorlarga o'xshash ma'lumotlarga nisbatan 3,2 va 0,3 kunga kamaydi.

Klinik misol: bemor Temirov S. 29 yosh. 5069-sonli tibbiy karta. U Buxorodagi 9-oilaviy poliklinikaning jarrohlik idorasiga og'riq, xo'ppoz va shishish hissi, chap qo'lning 3-barmog'i sohasida qizarish va deformatsiya, quruq og'iz, ishtahaning etishmasligi, umumiy zaiflik, gipertermiya shikoyatlari bilan kirdi. 38,20 s. anamnezdan: 8 kun oldin u yog'och buyum bilan yaralangan. Men uyda mustaqil ravishda davolanishga harakat qildim: tab. Cispress 500 mg kuniga 2 marta, Vishnevskiy malhami lokal ravishda qo'llanildi, bemorning ahvoli dinamikada yomonlashdi, shish paydo bo'ldi, terining qizarishi paydo bo'ldi, og'riq ortdi, tana haroratining ko'tarilishi qayd etildi, shundan keyin u bizga murojaat qildi. Ob'ektiv ravishda: bemorning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, teri va ko'rinadigan shilliq pardalar pushti rangga ega. Kor: ohanglar a o'chiriladi/D 130/70 mmHg. Puls daqiqada 94 zarba. Ikkala tomondan o'pkada vesikulyar nafas eshitildi. Til etarlicha nam emas, qorin yumshoq, og'riqsizdir. Mahalliy: chap qo'lning 3-barmog'i deformatsiyalangan, palpatsiya paytida shish, qizarish, o'tkir og'riq va tebranish mavjud. Tashxis qo'yildi: chap qo'lning 3-barmog'ining panaritiumi.

Chap qo'lning 3-barmog'ining panaritiumining ochilishi amalga oshirildi, taxminan 10-15 ml yiringli hidsiz ekssudat mustaqil ravishda chiqarildi. Yiringli bo'shliqning pastki qismi mushaklararo bo'shliq edi. Yiringli ekssudat bakteriologik tekshirish uchun olingan. Yara muhitining pH qiymati 4,2, PC-1,06; yaraning bakterial ifloslanishi 109 mt/g ni tashkil etdi. qon testlaridan: l – 8,2, 10⁹/l; LII – 2,19, ESR – 42,1 mg/soat, MSM – 0,191 birlik. Yara bo'shlig'i vodorod peroksidning 3% eritmasi bilan ishlov berildi, quritilgandan so'ng, 25% dimetilsulfoksidning kimyoviy eritmasi bilan sanitarizatsiya qilindi, 25% dimetilsulfoksid eritmasi yordamida abakterial vosita ishlatildi. Abakterial muhit steril kauchuk jarrohlik qo'lqop yordamida yaratilgan, qo'lqop o'lchami esa bemorning qo'lidan 2 raqam kattaroq tanlangan. Qo'lqopning lumeni

barmoqlarning yuqori chegarasiga dimetilsulfoksidning 25% eritmasi bilan to'ldirilgan, keyin bemorning ta'sirlangan qo'li u erga cho'mdirilgan. Qo'lqopning yuqori qismi bilakning pastki qismiga mahkamlovchi material bilan germetiktarzda o'rnatildi.

Jadval 12

II B kichik guruhidagi bemorlarda biokimyoviy ko'rsatkichlar dinamikasi va yaralarni bitish tezligi (n=29)

Ko'rsatkichlar	kuzatish vaqti				
	1 kun	3 kun	5 kun	7 kun	10 kun
yara muhitining pH	qiymati 4,1±0,24	5,6±0,28** *	6,7±0,34*	7,1±0,38	7,1±0,38
yara yuzasi maydonini kamaytirish foizi	0	2,4±0,14** *	3,2±0,16* **	3,3±0,12	3,9 bitkazuvchi 0,21
yara eksudat oqsili (g /l)	54,7±2,62	43,6±2,28* *	38,8±1,39 **	--	-
umumiy qon oqsili (g / l)	64,7±1,32	69,7±3,64	71,8±3,25	72,1±2,28	76,2±3,35
M. F. Mazurik PK	0,9 D. 0,04	1,4 D. 0,07***	1,6±0,06* **	--	-

Izoh: * - oldingi kun ma'lumotlariga nisbatan farqlar sezilarli (*- P<0,05, ** - P<0,01, * *
* - P< 0,001)

Bakteriologik tekshiruv paytida Avliyo aureus ekilgan. Bemorga metronidazol 100 ml IV, kuniga 3 marta tomizish, Seftriakson 1,0 – 2 marta / m buyurilgan. bundan tashqari, bemorga infuzion detoksifikatsiya, immunostimulyatsion terapiya, mahalliy davolash Levomekol malhami bilan kunlik bog'lashdan iborat edi. Davolashning 3-4 kunida yara atrofida qizarish va infiltratsiya sezilarli darajada kamaydi. Shu bilan birga, yaraning bakterial ifloslanishi 10^5 mt / g, yara muhitining pH qiymati 4,8, PC – 1,14 edi. Yara yuzasi maydonining qisqarish foizi 2,5% ni tashkil etdi. Davolashning 5-6 kunida 2 fazali

yara jarayoniga xos bo'lgan klinika paydo bo'ldi: yara atrofidagi infiltratsiya yo'qoldi, granulyatsiya to'qimasi paydo bo'ldi, yara ekssudatining bakterial ifloslanishi 10^3 mt/ g, yara muhitining pH qiymati 5,3, PK – 1,3, tana harorati pasaydi. Intoksikatsiya ma'lumotlarini kuzatish ko'rsatkichlari va bemorning biokimyoviy ko'rsatkichlari 12-jadvalda keltirilgan. 8-9-kunlarda suvli granulyatsiya fonida yara qirralarining epitelizatsiyasi boshlandi.

§ 5.2. Kaftning yiringli yallig'lanishli jarrohlik kasalliklarini davolashda dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial muhitdan foydalanish samaradorligini baholash

Kaftning turli yiringli yallig'lanishli jarrohlik kasalliklari bo'lgan asosiy guruh 29 (41,4%) II kichik guruhidagi bemorlarda 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan abakterial vositadan foydalanish samaradorligi o'rganildi.

Asosiy guruhning II kichik guruhidagi 29 (41,4%) bemorda qo'lning yiringli kasalliklari tenar flegmona 9 (31,1%), komissural flegmona (kallus xo'ppozi) 9 (31,1%), gipotenar flegmona 6 (20,7%), xoch (u shaklidagi flegmona, flegmona shaklida bo'lgan. qo'lning orqa qismi(suprapodaponevrotik) 1 (3,4%), o'rta kaft bo'shlig'i flegmonasi (suprapodaponevrotik) 2 (6,9%), qo'lning orqa qismi furunkulatsiya 2 (6,7%) turli etiologik omillardan keyin.

Barcha bemorlar davolanganida, yaralar ham yara jarayonining birinchi bosqichiga tegishli edi.

To'liq, UAS usuli faqat yiringli yaralarni davolashning asosiy tamoyillariga muvofiq harakatlar amalga oshirilgandan keyingina qo'llanilgan.

Tahlil qilingan A (II) va B (II) kichik guruhlarida yiringli fokusning abakterial muhitini o'tkazish printsipi va metodologiyasi bir xil edi.

Davolash paytida asosiy B guruhining II kichik guruhidagi bemorlarning, shuningdek oldingi kichik guruhdagi bemorlarning umumiy holati asosan o'rtacha og'irlikda edi. Shikoyatlar va ob'ektiv ma'lumotlar taqqoslash guruhiga o'xshash edi.

Shuni ta'kidlash kerakki, bemorlarning 90% dan ortig'i, avvalgi kichik guruhda bo'lgani kabi, kasallik rivojlanganidan keyin ikki kundan besh kungacha qabul qilingan.

Asosiy guruhning II kichik guruhidagi bemorlar tanasining intoksikatsiya darajasini dinamik nazorat qilish taqqoslash guruhidagi bemorlarga qaraganda ko'rsatkichlarni normallashtirishning sezilarli darajada tezlashtirilgan tezligini aniqladi. Dastlab, shifokorga borishning birinchi kunida bemorlarning tana harorati o'rtacha 38,9, 0,080 C, MSM qon teng, o'rtacha 0,218, 0,012 birlik, LII=2,7, 0,14 va ESR=49,8, 2,24. Davolashning uchinchi kunida intoksikatsiya darajasining barcha tahlil qilingan ko'rsatkichlarida sezilarli pasayish qayd etildi, tana harorati esa ko'p hollarda u subfebril yoki normal edi. 11-jadvaldagi ma'lumotlarga ko'ra, davolanishning 3-4 kunida mastlikning qolgan ko'rsatkichlari: MSM, l-qon, LII deyarli normal ko'rsatkichlarga kamaydi, davolanishning 5-kunida, qon ESR bundan mustasno, sezilarli darajada normallashti. Dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial vositadan foydalanish bilan keyingi davolanish bilan 9-10 kunga kelib qonning ESR ham normal ko'rsatkichlarga ega edi.

Shunday qilib, taqqoslash guruhi qo'lining yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning tanasining intoksikatsiyasi ko'rsatkichlarini taqqoslab, i taqqoslash guruhining oldingi b kichik guruhi 3-4 kunlik II B kichik guruhidagi bemorlarda bemorlarning tana harorati, L – qon, LII va MSM ekanligini aniqladi taqqoslash guruhining 7-8 kuniga to'g'ri keldi, ya'ni dimetil sulfoksid eritmasi bilan 25% mahalliy abakterial vositadan foydalanganda, intoksikatsiya ko'rsatkichlari taqqoslash guruhiga qaraganda 3-4 kun oldin regressiya qilingan.

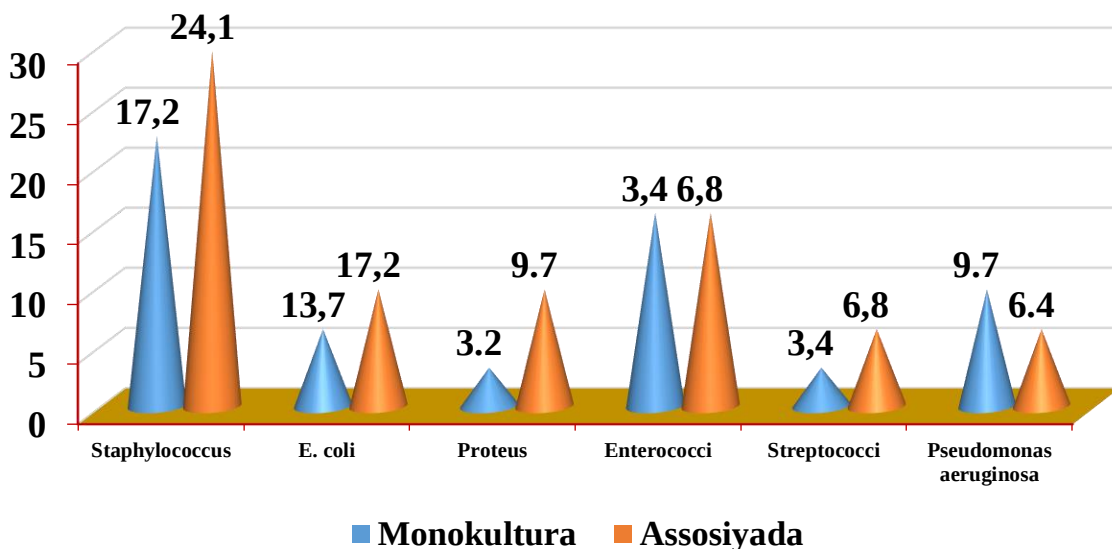
Yara muhitining pH qiymatini dinamik nazorat qilish, yara yuzasi va oqsil PK ko'rsatkichlarining pasayish foizi quyidagilarni aniqladi: ambulatoriya davolanishining birinchi kunida yara muhitining dastlabki pH qiymati aniqlandi, uning qiymati atsidozni ko'rsatdi, 4,1 ichida bo'lish. 0,24, bu aidoz hisoblanadi. sezilarli darajada past qiymat.

Yara ekssudat oqsili o'rtacha 54,7 va 2,62 g / l ni tashkil etdi. o'rtacha oqsil pH qiymati 0,9 va 0,04 ni tashkil etdi. Ikki kunlik davolanishdan so'ng, yara

muhitining pH qiymati 5,6 ga, yara yuzasining kunlik qisqarish ulushi 2,4 ga, yara ekssudat oqsili 0,14% ga, yara ekssudat oqsili 43,6 ga, 2,28 g/ l ga, kompyuter = 1,4 ga, yara yuzasi 0,07 ga tiklandi.

Davolashning beshinchi kunida bu ko'rsatkichlarning barchasi normal qiymatlarda edi. Va 6-7 kunga kelib, yara muhitining pH qiymati ishonchli neytral edi. Yara sirtining kunlik qisqarishi 3,3 ni tashkil etditeksatsiyalar 0,12%. Shuni ta'kidlash kerakki, taqqoslash guruhidagi bemorlarda yara jarayonining ushbu ko'rsatkichlarining normallasishi faqat davolanishning 9-10 kunida kuzatilgan. Bizning tadqiqotimiz shuni ko'rsatadiki, dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan mahalliy abakterial vositadan foydalanish bilan 5-6 kunlik davolanish bilan yara muhitining pH ko'rsatkichlari va jarohatni davolash tezligi normallashti. Bizning fikrimizcha, bu asosan 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan mahalliy abakterial vositadan foydalanish bilan kompleks davolashning ijobiy ta'siri bilan bog'liq.

Oldingi kichik guruh bemorlarida bo'lgani kabi, bu kichik guruhda ham 12 bemorda asosan stafilokokklar bor edi, ulardan 5 bemor (17,2%) monokultura shaklida va 7 bemor (24,1%) uyushmalarda, 9 holatda *Escherichia coli* ekilgan, 4 (13,7%) - stafilokokklar. monokultura shakli va 5 (17,2%) birlashmalarda.



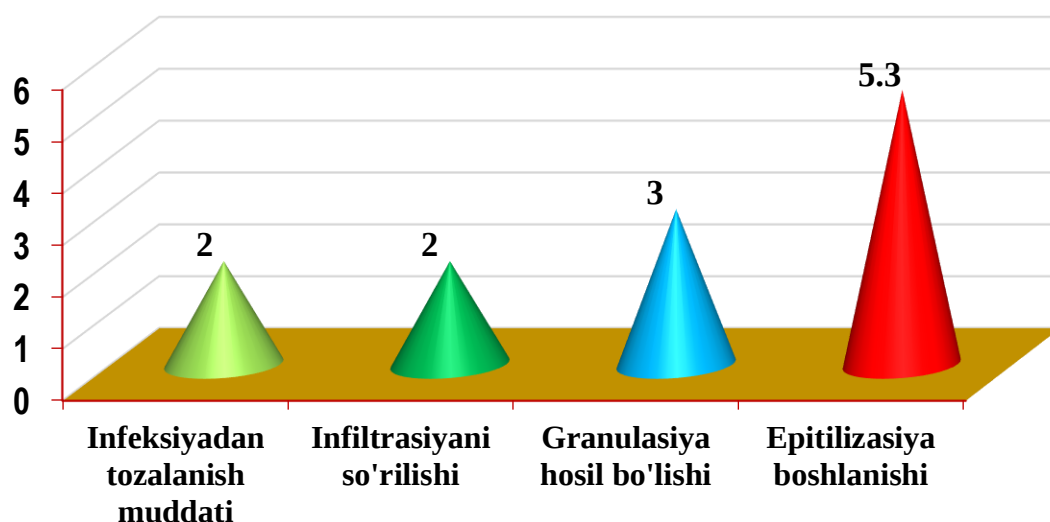
9-rasm. Ekssudatdan urug'langan mikroblarning tur tarkibi, asosiy guruhning II kichik guruhining yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarning yuqtirilgan yaralari

Proteus va *Pseudomonas aeruginosa* aniqlash chastotasi bo'yicha keyingi o'rinni egalladi – 4 ta kuzatuvga ko'ra, streptokokklar-3 ta kuzatuv, shundan 1 ta

holat (3,4%) monokultura shaklida va 2 ta holat (6,8%) uyushmalarda. Enterokokklar 3 ta kuzatuvda ekilgan: monokulturada 1 (3,4%) va 2 holatda (6,8%) – assotsiatsiyada.

Kompleks davolash fonida yaralarning ifloslanish dinamikasini o'rganish va dimetilsulfoksidning 25% eritmasi bilan mahalliy abakterial vositadan foydalanish shuni ko'rsatdiki, davolanish vaqtida ifloslanish darajasi taqqoslash guruhidagi bemorlarda bo'lgani kabi, ya'ni. ancha yuqori, o'rtacha 10^8 mt/ g. ammo jarrohlik muolajadan so'ng kompleks davolash fonida dinamikada, 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan mahalliy abakterial vositadan foydalanish, ertasi kuni yaralarning mikrobial ifloslanishi 10^3 mt/g gacha kamaydi va davolanishning 3-kunida bu ko'rsatkichlar kritik darajadan past edi. darajasi va to'qima 10^2 mt/g mos. Shuni ta'kidlash kerakki, taqqoslash guruhidagi bemorlarda shunga o'xshash hodisalarga faqat davolanishning 4-5 kunida erishilgan.

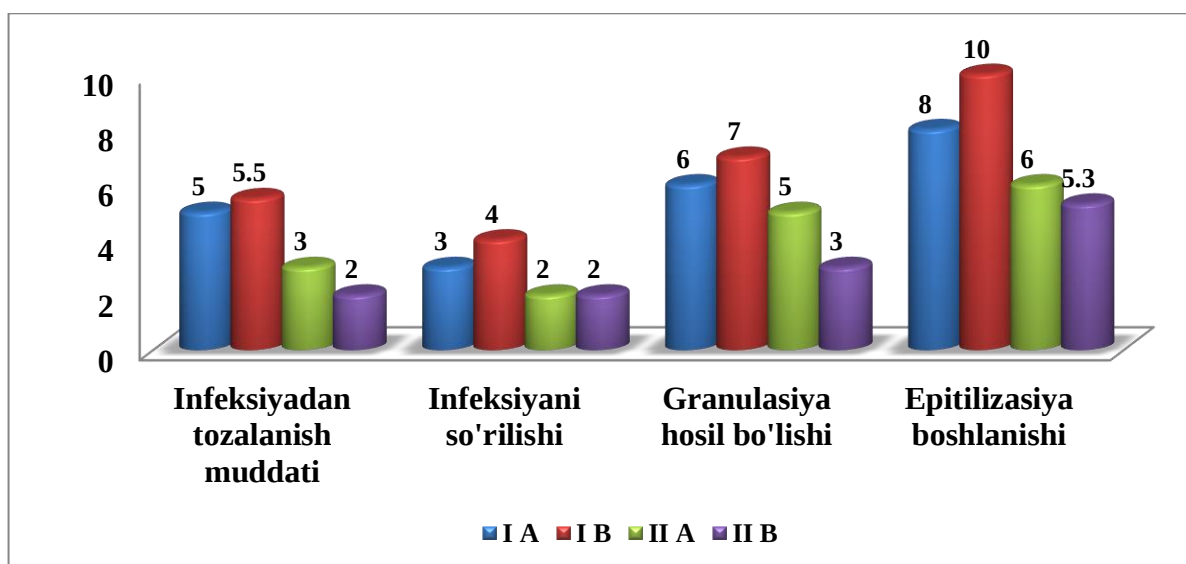
Rasmda ko'rsatilgandek, dimetilsulfoksidning 25% eritmasi bilan mahalliy abakterial vositadan foydalangan holda qo'lning yiringli jarrohlik kasalliklarini kompleks davolash fonida yaralarni infeksiyadan tozalash muddati 2,0 ga qisqartirildi. 0,5 kun, bu taqqoslash guruhidagi bemorlarda faqat 5.5 uchun qayd etilgntaxminot 0.5 kun.



10-rasm. Asosiy guruhining II B kichik guruhidagi bemorlarda tozalash va yaralarni davolash muddati

Infiltratning rezorbsiyasi 2,0 va 0,3 kundan keyin qayd etilgan. Granulyatsiyalarning paydo bo'lishi o'rtacha 3,0 kunda, 0,5 kunda, epitelizatsiya 5,3 kunda va 0,3 kunda kuzatilgan. Ushbu ko'rsatkichlarni taqqoslash shuni ko'rsatdiki, mahalliy abakterial muhitni 25% dimetilsulfoksid eritmasi bilan kompleks qo'llash bilan asosiy guruhning II kichik guruhidagi bemorlarda infiltratsiya rezorbsiyasi shartlari taqqoslash guruhi ma'lumotlaridan 2 kunga, granulyatsiyaning paydo bo'lishidan sezilarli darajada ustundir. 3-4 kun, boshlanishi. epitelizatsiya 4-5 kun.

Yaralarning dimetil sulfoksidining 25% eritmasi bilan mahalliy antibakterial vositadan foydalanish bir kunlik davolanishdan keyin yaralarni infeksiyadan to'liq tozalashga olib keladi. Xuddi shu davrda yara infiltrati atrofida faol rezorbsiyaga erishiladi (rasm 11).



11-rasm. Bemorlarning I va II guruhlarining A hamda B kichik guruhlarining yaralarini tozalash va davolash bo'yicha qiyosiy ma'lumotlar

Klinik misol: bemor N. Bokirov, 33 yosh. 8701-sonli ambulatoriya kartasi Buxoro shahridagi 9-oilaviy poliklinikaning jarrohlik bo'limiga qattiq og'riq, xo'ppoz va shishish hissi, qizarish, o'ng qo'l barmoqlarini qimirlata olmaslik, umumiy zaiflik, tana haroratining 39,20 S ga ko'tarilishi, quruq og'iz shikoyatlari bilan yotqizildi. Ob'ektiv: o'rtacha og'irlikdagi bemorning umumiy holati, a / D – 130/90 mmHg, puls-daqiqada 96 zarba. Qon testlarida: leykotsitlar– $8,9 \cdot 10^9 / l$,

MSM darajasi - 0,210 birlik, ESR – 44 mm/soat, LII – 2,4. Mahalliy: o'tkir shish, giperemiya, o'ng kaft sohasida og'riqli infiltratsiya, uning ustidagi teri giperemik, tarang, markazda dalgalanma aniqlangan. Yiringli-nekrotik fokusni jarrohlik davolash amalga oshirildi, 60 ml gacha yiring evakuatsiya qilindi. 0,25% novokain eritmasi bilan lokal behushlik ostida o'tkazildi. Shu bilan birga, tahlil qilish uchun bakteriologik madaniyat olindi. Amikatsin, ampitsillin, seftazidin, sulboktamga sezgir bo'lgan *Escherichia coli* yara chiqindisidan ajratilgan. Yara bo'shlig'i vodorod peroksidning 3% eritmasi bilan ishlov berildi, quritilgandan so'ng, 25% dimetil sulfoksidning kimyoviy eritmasi bilan sanitarizatsiya qilindi, so'ngra dimetil sulfoksidning 25% eritmasi yordamida abakterial vositadan foydalanildi. Abakterial muhit steril kauchuk jarrohlik qo'lqop yordamida yaratilgan, qo'lqopning o'lchami esa bemorning qo'lidan kattaroq 2 raqam bilan tanlangan. Qo'lqopning lumeni barmoqning yuqori chegarasiga 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan to'ldirilgan, bu erda bemorning ta'sirlangan qo'li suvga cho'mgan. Qo'lqopning yuqori qismi bilakning pastki qismiga mahkamlovchi material bilan germetik tarzda o'rnatildi.

Yaraning bakterial ifloslanishi 8,2 Ig / ml, yara pH 4,8, Mazurik PC 1,02 edi. Bemor megasef 250 mg dan kuniga 3 marta vena ichiga, Metrogil 100 ml dan kuniga 3 marta, tomir ichiga tomizish, detoksifikatsiya va restorativ terapiya oldi.

Davolashning 3-kuniga kelib yara infeksiyadan tozalandi, bakterial ifloslanish 3,0 Ig/ml ni tashkil etdi, mikroorganizmlarni bakterial ekish o'sishni bermadi, yara pH qiymati 6,4, PC 1,2 ni tashkil etdi, yara yuzasi maydoni kuniga 2,2% ga kamaydi, qon tekshiruvi: leykotsitlar – $8.0 \times 10^9 / l$, ESR-37 mm/soat, MSM darajasi 0,175 birlik, LII 1,7.

Davolashning beshinchi kunida yarada tez granulyatsiyalar qayd etildi, sitologik tadqiqotlar bilan tasdiqlandi, yara pH qiymati 7,0 ni tashkil etdi, yara yuzasi kuniga 3,9% ga kamaydi, qon testlarida: leykotsitlar - $6,5 \times 10^9 / l$, ESR - 24 mm/ soat, MSM-0,139 birlik, LII – 1.4.

Shunday qilib, II guruh bemorlarini davolashning olingan natijalari 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan mahalliy abakterial vositadan foydalanganda yara

jarayoni dinamikasining bir qator ijobiy tomonlarini aniqladi, ular asosan jarohatni tozalash vaqtining tezlashishi bilan namoyon bo'ldi. infektsiyadan, shuningdek, erta davr. yaralarni davolash jarayonlarining paydo bo'lishi va rivojlanishi, bu bakteriologik va klinik taqqoslashda tasdiqlangan mahalliy jarayonni va I va II guruhlarining tegishli kichik guruhlari bemorlarining umumiy holatini baholashning biokimyoviy mezonlari.

XOTIMA

Kaftning boshqa yallig'lanishli lezyonlari orasida ularning o'tkir yiringli-yallig'lanish shakllarining ulushi so'nggi 50 yil ichida ancha yuqori deb hisoblanadi. Shunga ko'ra, bunday kasallik bilan davolanish chastotasiga ko'ra, bemorlarning nogironlik muddati, shuningdek jarrohlik aralashuvlarning oqibatlari, ushbu kasalliklarni davolash samaradorligini oshirish yo'llarini izlash bugungi kunda bir qator dolzarb muammolar bilan bog'liq. Dunyo bo'ylab chuqur ilmiy va tibbiy tadqiqotlar bunday kasalliklarning yiringli-septik asoratlarini kamaytirishning ko'p qirrali usullarini topishga qaratilgan deb bahslashish mumkin emas. Zamonaviy mualliflarning fikriga ko'ra, ambulatoriya jarrohlik amaliyotiga murojaat qilganlar orasida yumshoq to'qimalar va qo'l suyaklarining barcha yiringli patologiyalarining ulushi 15% dan 30% gacha. Bunday kasalliklar ham moddiy, ham ijtimoiy xarajatlar bilan birga bo'lganligi sababli, muammo jiddiy tibbiy va ijtimoiy tarkibga ega bo'ladi.

Turli mahalliy va xorijiy mualliflarning fikriga ko'ra, qo'lning panaritriya va flegmonasining chastotasi 15-18% dan 20-30% gacha, jarohatlar 27% gacha va yiringli patologiya 60% gacha. Yiringli infektsiyani rivojlanishining sabablari orasida bemorlarning qo'llarining bakterial florasi ham mumkin, bu atrof-muhit sharoitlari va kasbiy xususiyatlarining o'zgarishiga sezgir bo'lishi mumkin. Ko'pgina tadqiqotlar ularning mualliflari tomonidan yiringli infektsiyaning asosiy qo'zg'atuvchisi (shu jumladan qo'l va barmoqlar sohalari): stafilokokklar, streptokokklar, *Pseudomonas aeruginosa*, proteus va boshqalar degan xulosalarga olib keldi. Ko'pincha stafilokokklar. Mikrobia ifloslanish cho'tka terisining mikro shikastlanishidan kelib chiqadi: sim, yog'och chiplari, metall qirg'ichlar va boshqalar., ishqalanish, chaqiriqlar, teri yoriqlari va boshqalar. Qo'lning yiringli kasalliklariga (jarrohlarga murojaat qilganlarning 15% dan ortig'i) kasbiy xususiyatlari tufayli barmoqlar va qo'lning o'zi kabi kasalliklarga moyilligi bu patologiyani birinchi o'ringa qo'yadi va sifati va ta'sirini sezilarli darajada kamaytiradi. Ishchilar "xavfli" kasblarda.

Mikrotrauma ko'pincha professional harakatlarni bajarish bilan bog'liq bo'lganligi sababli, kasallik ko'pincha mehnat yoshiga to'g'ri keladi, buni jahon statistikasi tasdiqlaydi. O'zbekistonda ham xuddi shunday tendentsiya kuzatilmoqda.

Polsha va Germaniya klinisyenlari (Myunster universiteti) kasallikning etiologiyasini aniqlashda bemorlarning kasbiy faoliyatining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olish kerak degan xulosaga kelishdi. Yiringli kasalliklarning paydo bo'lishini mavsumiylik bilan bog'laydigan mualliflarning asarlari bor, bunday tendentsiya panaritium diagnostikasi holatlarining 75 foizida bemorlar tibbiy muassasalarga murojaat qilganda aniqlangan. OKB paydo bo'lishining boshqa omillari 71% hollarda odatiy kasbiy harakatlarni amalga oshirish sharoitida teri yuzasining shikastlanishi (mexanik, termal, sanoat va maishiy kimyoviy moddalar ta'siri ostida) va yara joyining infektsiyasi hisoblanadi.

Shuningdek, ushbu tadqiqot ishida sanitariya madaniyatining minimal darajasi va birinchi yordam bo'yicha tibbiy bilimlar va yaralarni davolash qobiliyatlari bo'yicha professional tibbiy yordamga kirish davriga ta'siri nuqtai nazaridan tahlil o'tkazildi. Bemorlarning eng ko'p soni faqat kasallik boshlangan kundan boshlab 4-kuni professional tibbiy yordamga murojaat qilishdi. Shifokorga borishni kechiktirganlarning deyarli 58 foizi o'z-o'zini davolash imkoniyatiga ishonishgan. Ular Vishnevskiy malhami, kaliy permanganat, osh tuzining konsentrlangan eritmasi, ichthyol malhami, metiluratsil va Levomekol malhamlaridan foydalanganlar. Potentsial bemorlarning bunday xatti-harakati tabiiy ravishda qo'l va barmoqlarning yiringli-yallig'lanish kasalliklarining murakkab kursiga olib keldi, bu davolanish muddatiga va ba'zi hollarda qo'llarning funktsional va kosmetik nuqsonlarining namoyon bo'lishiga ta'sir qildi.

O'zbekistonda zamonaviy sog'liqni saqlash aholiga diagnostika, ambulatoriya va statsionar yordam ko'rsatadigan poliklinika va poliklinikalar tarmog'ining keng rivojlangani bilan ajralib turadi. Xususan, ambulatoriya jarrohligi rivojlanish va takomillashtirishning alohida yo'nalishiga ega bo'lib, u o'z oldiga erta tashxis qo'yish, shu jumladan yiringli kasalliklar va kasalxonaga yotqizilmagan bemorlarni

to'liq davolashning zamonaviy takomillashtirilgan usullaridan foydalanish vazifalarini qo'yadi.

Biroq, tibbiyotda hali ham juda katta muammolar mavjud bo'lib, ular qo'shni mamlakatlarning sog'liqni saqlashga ham tegishli bo'lib, ularni ambulatoriya jarrohligida, bemorlarning kasallik darajasini statsionar qiymatiga keltirmasdan hal qilish mumkin. Ushbu sohadagi tadqiqotchilarning tahliliy ma'lumotlariga ko'ra, bemorlarning 32% gacha ambulatoriya sharoitida jarrohlik yo'li bilan davolanishi mumkin bo'lgan tashxis bilan kasalxonaga yo'llanma olishlari taxmin qilinmoqda.

APDF va cho'tkalar poliklinika jarrohligi amaliyotida qon aylanishining yuqori chastotasi bilan o'rinlardan birini egallaydi, bu poliklinikaning jarrohlik idorasiga murojaat qilganlarning yarmigacha. Qo'lning og'ir yiringli-yallig'lanishli lezyonlari uzoq muddatli davolanishni talab qiladi. Bunday bemorlarni davolashning o'rtacha davomiyligi o'rtacha ikki haftadan 27 kungacha (teri osti panaritium bilan - 14,3 kun, subartikulyar bilan - 15,6 kun, suyak bilan -30,1 kun, tendon bilan -26,0 kun, artikulyar bilan -25,2 kun, pandaktiliya bilan - 27,0 kun). Barmoqning barcha tuzilmalarining to'liq shikastlanishi bilan namoyon bo'ladigan pandaktiliya bu patologiyaning eng og'ir shakllari bo'lib, ko'pincha organning yo'qolishiga olib keladi va o'ng qo'lning I barmog'ida sodir bo'lgan jarayon bo'lsa, qo'l funksiyasining 50% ni bajaradi. bemorning nogironligi. Kasallikning tarqalishi, antibiotiklarga chidamli shtammlar sonining ko'payishi, uzoq davolanish muddatlari, cho'tkaning inson faoliyatidagi muhim funktsional ahamiyati davolashning yangi usullarini va zamonaviy materiallarni talab qiladi, bu esa bemorlarning vaqtincha nogironligini kamaytiradi va yo'q qiladi.qo'lning yiringli-yallig'lanish kasalliklari bilan.

Tibbiy ilmiy va klinik adabiyotlarda antibakterial preparatlarni majburiy qo'llash bilan qo'lning yiringli-yallig'lanish jarayonlarini davolashda qo'llaniladigan ko'plab turli usul va yondashuvlar tasvirlangan. Yiringli-yallig'lanish kasalliklarini tashxislash va davolashda tibbiyotda zamonaviy texnologiyalar mualliflari terapiya muvaffaqiyatiga erishishda ijobiy o'zgarishlarni ko'rsatmoqdalar: yiringli yarani vakuum bilan davolash, yiringli yarani

pulsatsiyalanuvchi suyuqlik oqimi bilan davolash, davolashda boshqariladigan abasital muhitdan foydalanish, yangi antibakterial va bintlardan foydalanish.

Boshqariladigan abakterial muhit (UAS) deb ataladigan boshqariladigan havo muhitida keng yiringli yaralarni davolash usuli uning samaradorligini ko'rsatadi. Ushbu usul yara maydonini steril havo va haroratni nazorat qiladigan plastik qutiga (izolyatorga) ajratishni o'z ichiga oladi. Shu bilan birga, yaraning shikastlanishini davolashga izolyatordagi harorat ham, steril havoning oqim tezligi ham ta'sir qiladi. Ushbu usul bandajga ehtiyoj sezmasdan jarohatni davolashni ta'minlaydi. Biroq, buning uchun izolyatordagi havoning ma'lum parametrlariga rioya qilish talab etiladi: havoning sterilligi, 26-32 ichida havo harorati, 10-15 mm Hg bosim saqlanadi va nisbiy namlik darajasi 50-65% ni tashkil qiladi. Yara jarayonining tabiati ushbu parametrlarni qayta ko'rib chiqishni talab qilishi mumkin.

Nazorat qilinadigan abakterial muhitda steril muhit va mikroiklimni yaratish, faol jarrohlik aralashuvi va yaralarni davolash uchun maqbul, yumshoq to'qimalar infeksiyasining umumiy shakllarini davolash sifatiga ta'sir qiladi [8; 24-28 betlar]. Davolash paytida abakterial boshqariladigan muhit parametrlarini saqlash pelikan aseptik laminar chodir (BOV-V-001-AMC) va maxsus aeroterapiya bo'limi tomonidan ta'minlanadi. Havoning bepushtligi uni maxsus nozik filtrlar orqali o'tkazish orqali ta'minlanadi. Operatsiya xonasida, kiyinish va intensiv terapiya bo'limlarida, abakal muhitning aseptik sharoitlari ham bemorlarni davolash davomida ta'minlanadi. UASDAN foydalanish patologik jarayon va tizimli yallig'lanish reaksiyasining tarqalishini oldini olishga imkon beradi, sepsis ehtimolidan himoya qiladi, yara chiqindilarida patogen florani yo'q qilish vaqtini qisqartiradi. Shu bilan birga, shifo vaqti 1,4 baravar kamayadi.

Murakkab (ochiq) qo'l jarohatlarini davolash uchun operatsiyadan oldingi qo'shimcha sifatida vakuumli drenajlash texnikasi: 17 holat bo'yicha hisobot xitoylik olimlarning boshqa ishida keltirilgan. Mualliflarning ta'kidlashicha: qo'lning yiringli tendovaginitini davolashda vakuumli drenajdan keyin yarani yaxshilab davolash qoniqarli terapevtik ta'sir ko'rsatadi.

Jarrohlarning qo'lining yiringli-yallig'lanish kasalliklarini davolashga befarq e'tibor berishiga qaramay, ambulatoriya va ambulator davolanishning qoniqarsiz natijalari, ayniqsa patologik jarayonning murakkab shakllarida, tashvishlidir. Natijalarning statistik tahlili shuni ko'rsatadiki, bemorlarning nogironligining sababi nafaqat kasallikning og'irligi yoki ularni tibbiy yordam uchun kech davolash, balki diagnostika va davolashdagi nuqsonlar, birinchi navbatda jarrohlik. Eng tipik xatolar terapevtik taktikani noto'g'ri tanlash, behushlikning etarli emasligi, jarrohlik vositalarini bajarishda texnik xatolar, jarohatni drenajlashning etarli emasligi va yara jarayonining birinchi bosqichida operatsiyadan keyingi davrni mantiqsiz boshqarish, davolash algoritmiga muvofiq, shifokorlar nekrozni rad etishga, yarani olib tashlashga erishadilar chiqarish, to'qima trofikasini yaxshilash, infeksiyaga qarshi kurash. Ushbu jarayon uchun hidrofilik, nekrolitik, shuningdek antibakterial xususiyatlarga javob beradigan vositalar qo'llaniladi. Amaldagi antiseptiklar bakteriotsid yoki bakteriostatik ta'sirga ega aralash mikrofloraga qarshi kuchli bo'lgan universal, keng yoki o'rtacha ta'sir doirasiga ega dori-darmonlardan foydalanish kerak. Masalan, yodning polivinilpirrolidon bilan yangi murakkab birikmalari, hatto qon, yiring yoki nekrotik to'qimalarni bo'shatishda ham turli nomlar ostida faol ta'sir ko'rsatishi bilan keng qo'llanilgan: povidon-yod, Braunodin eritmasi, Betadin. Yara infeksiyasining barcha patogenlari yodoforlarga qarshilik ko'rsatmaydi.

Operatsiya xonasidagi tashqi omillar, shu jumladan tibbiyot xodimlarining havo harakatini, jismoniy muhitni, asbob-uskunalarni yoki jarrohlik asboblarni o'zgartiradigan xatti-harakatlari va usullari mikroblarning ifloslanishini kuchaytirishi mumkin. Mikroblar jarrohlik kesmasiga havo yoki aloqa orqali o'tkazilishi va jarrohlik joyining infeksiyasiga hissa qo'shishi mumkin. Havodagi zarralar va ifloslantiruvchi moddalar miqdorini minimallashtirish, ishlab chiqaruvchining tavsiyalariga muvofiq uskunalariga texnik xizmat ko'rsatish, atrof-muhit va jarrohlik asboblarni tozalash va dezinfeksiya qilish, shuningdek qo'llarning to'g'ri gigienasi kabi infeksiyani oldini olishning oddiy usullari mikroblarning ifloslanish darajasini kamaytirishi mumkin.

Buyuk Britaniya mualliflari bolalardagi eng jiddiy va tez - tez jarohatlardan biri-tirnoq to'shagining jarohatlari. Jarrohlik dogma tirnoq to'shagini tiklashdan keyin tirnoq plastinkasini almashtirishdir. So'nggi ma'lumotlar shuni ko'rsatadiki, bu infektsiya chastotasining oshishiga va klinikaga takroriy tashrif buyurishga olib kelishi mumkin.

Ukrainalik mualliflar qo'llarning yiringli kasalliklarini davolash bo'yicha o'z tajribalari bilan o'rtoqlashadilar. Tadqiqot barmoqlar va qo'llarning o'tkir yiringli yallig'lanish kasalliklari bo'lgan 759 bemorda o'tkazildi, asosiy davolash jarrohlik edi. Yiringli fokusni ochgandan keyin yaralar 0,025% natriy xlorid eritmasida tayyorlangan 3 3,2% dekametoksin eritmasi bilan yuvilgan. Qo'llashdan oldin eritma a haroratgacha qizdirildideb tayyorlangan eritmaning osmotik bosimi 23,798 atm edi. To'qimalarda osmotik bosim 8 ATMga to'g'ri keldi, bosimdagi sezilarli farq natijasida yarani mikroblardan tozalashga hissa qo'shgan "osmotik sakrash" sodir bo'ldi. 51 bemorda xo'ppoz bo'shlig'iga dekametoksin bilan ko'pkomponentli hidrofilik malham kiritildi. Malham tarkibi: metiluratsil 4.0; trimekain 3.0; dekametoksin 0,1; polietilen glikol ,0; distillangan suv 100,0 gacha. Malham yuqori osmotik faollikka, mikroblarga qarshi, og'riq qoldiruvchi va nekrolitik ta'sirga ega. Malham bir necha kun ichida yallig'lanish reaksiyasini yo'q qildi va yarani yiringli nekrotik massalardan tozalashni ta'minladi. Bandajlar kuniga 1-2 marta qilingan. Kompleks davolashda dekametoksinni o'z ichiga olgan yangi antiseptik formulalardan foydalanish bemorlarni davolashning o'rtacha davomiyligini qisqartirishga imkon berdi. Qo'llarning yiringli yallig'lanish kasalliklarini davolash uchun dekametoksindan foydalanish yuqori samaradorlik bilan ajralib turadi, bu esa uni ushbu patologiyada foydalanish uchun tavsiya qilish imkoniniberadi.

Tibbiyot sohasida 3D bosib chiqarish moddiy yordamga aylanmoqda. Shunday qilib, N. Ho-Sung va boshqalarning tavsiyasi bilan bemorlarni davolashda kuyish shikastlanishining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olgan holda, 3D bosib chiqarish yordamida yuqori ekstremitalar uchun barmoqlarni alohida ishlab chiqarish odatiy holdir. (2018). bu ko'proq va ko'proq foydalanishni

topmoqda. Bunday yangi texnologik yondashuv davolashda o'zining afzalliklariga ega. 3D bosib chiqarish texnologiyasidan foydalangan holda ortezlar, shinalar va shinalar ortopedik muammolar va surunkali oyoq-qo'l kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning hayot sifatini yaxshilashga yordam beradi. Uch o'lchovli bosib chiqarish texnologiyalari 3D printerda chop etish uchun materiallar narxini pasaytirish qobiliyati bilan ajralib turadi.

Ushbu tadqiqotning maqsadi ambulatoriya sharoitida abakterial vosita yordamida HCPC bilan og'rigan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilash yo'llarini topish edi.

Shu maqsadda dimetil sulfoksid kimyoviy preparatining ijobiy xususiyatlari va dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial muhitning mahalliy ta'siri ishlatilgan.

So'nggi yillardagi adabiyot ma'lumotlarini tahlil qilish natijalariga ko'ra biz shunday xulosaga keldik:

- dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial vositadan foydalanish infeksiyani tozalashni ham, yaraning yallig'lanish belgilarini yengillashtirishni ham tezlashtiradi, bu esa barmoqlar va qo'llarning yiringli yaralarini davolash natijalarini yaxshilaydi, bu esa kerakli natijaga olib keladi. Shunga ko'ra, tadqiqot o'tkazildi, uning maqsadi an'anaviy yiringli yaralarni davolash kompleksida dimetil sulfoksid eritmasi yordamida abakterial vositani mahalliy qo'llashedi.

Yiringli yaralarni davolashda abakterial vosita shaklida dimetil sulfoksid eritmasini topikal qo'llash bo'yicha adabiyot ma'lumotlarini izlash kam ma'lumot berdi. Yara jarayonining fazasiga qarab yiringli yaralarni davolashda abakterial vosita shaklida dimetil sulfoksid eritmasidan foydalanishning patogenetik asosli sxemasi mavjud emas. Barmoqlar va barmoqlarning yiringli-yallig'lanish kasalliklarini davolashda abakterial vositani mahalliy qo'llash haqida etarli ma'lumot yo'q.

Ushbu masalalarning hal etilmaganligi o'tkazilgan tadqiqotning maqsadini belgilab berdi, uning davomida barmoqlar va barmoqlarning yiringli-yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan 148 bemorni turli etiologiyalarga ega davolash natijalari

tahlil qilindi. Yiringli-jarrohlik kasalliklarining patogenetik xususiyatlari va zo'ravonligidagi farqlarni hisobga olgan holda, tekshirilgan bemorlar shartli ravishda ikki guruhga bo'lingan: taqqoslash guruhi barmoqlar va barmoqlarning yiringli-yallig'lanish kasalliklari bo'lgan 78 bemordan iborat edi. II asosiy guruhga turli etiologiyali barmoqlar va barmoqlarning yiringli-yallig'lanish kasalliklari bo'lgan 70 bemor kirdi.

Tadqiqot maqsadlariga muvofiq, patologik jarayonning anatomik joylashuvi va og'irligini hisobga olgan holda, I va II guruhlarining barcha bemorlari shartli ravishda 2 ta kichik guruhga bo'linadi: a kichik guruhi - barmoqlarning yiringli jarrohlik kasalliklari, b kichik guruhi - qo'lning yiringli jarrohlik kasalliklari.

I nazorat taqqoslash guruhining bemorlari, antiseptik 3% vodorod periks eritmasi, 0,02% furatsilin eritmasi va mahalliy davolash uchun nekrektomiya bilan sanitarizatsiya qilinganidan so'ng, dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan davolashdan so'ng suvda eruvchan asosda Levomekol malhami bilan doka bandaji qo'llanildi. Tizimli antibiotik terapiyasi yaralardan ajralib chiqadigan mikrofloraning sezgirligini, detoksifikatsiya terapiyasini, shuningdek simptomatik davolashni hisobga olgan holda amalga oshirildi.

II guruh bemorlarida (n=70) yuqoridagi davolash keyinchalik abakterial vositani 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan kuniga 8 soat 1 marta qo'llash bilan to'ldirildi.

Yara jarayonining holatini ob'ektiv baholash, uning umumiy va mahalliy ko'rinishlarining ushbu ko'rsatkichlari sub'ektiv ko'rsatkichlar bo'yicha (yara ajralishining tarkibi va tabiati, infiltratsiya rezorbsiyasi tezligi, yara qirralarining holati, granulyatsiya to'qimalarining holati va epitelizatsiya) va maqsadga muvofiq amalga oshirildi. bemorlarning belgilari (tana harorati, umumiy klinik qon tekshiruvi, leykotsitlar intoksikatsiyasi indeksi, sarum qonidagi o'rta molekulyar peptidlarning kontsentratsiyasi, yara chiqindilarining pH qiymati, M. F. Masurica bo'yicha prognostik koeffitsientni (PC) hisoblash, jarohat yuzasi maydonining kamayishi foizi, qon tomirining tezligi. yaralarni davolash, bakteriologik va sitologik tadqiqotlar).

I guruh bemorlarini o'rganish natijasida olingan natijalar tahlili yara jarayoni dinamikasini baholashning asosiy mezonlarining etarli darajada qoniqarli ko'rsatkichlarini aniqladi. Shunday qilib, i taqqoslash guruhining yiringli yaralari bo'lgan bemorlarda yarani infeksiyadan juda kech tozalash qayd etildi (faqatth davolanishning 4-kunida);th-7granulyatsiyaning6-7-kunida boshlanishi: epitelizatsiya boshlanishi 8-9-kunlarda davolash juda ko'p narsani talab qiladi; yara ekssudatining biokimyoviy ko'rsatkichlari faqat davolanishning 10-kunida normaga etadi.m davolash kunlari; davolashning o'rtacha davomiyligi 11,5 va 0,7 kun. faqat 10 kun bilan belgilangan. Bularning barchasi davolash natijalarini yaxshilashga qaratilgan qo'shimcha chora-tadbirlar zarurligini ko'rsatdi.

Buning uchun yiringli yaralari bo'lgan bemorlarning quyidagi guruhlarini kompleks davolashda 25% konsentratsiyali dimetil sulfoksid eritmasi yordamida mahalliy abakterial vositani qo'llashga qaror qilindi.

A (I) va A (II) kichik guruhlarining tekshirilgan bemorlarida tananing intoksikatsiyasi ko'rsatkichlarining qiyosiy tahlili aniqlandi:

- a (II) barmoqlarining yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashda jarohatga abakterial vosita shaklida mahalliy 25% dimetil sulfoksid eritmasidan foydalanish ikki kunlik davolanishdan so'ng yaralarni infeksiyadan to'liq tozalashga olib keldi (3). 0,2 kun). Intrakranial infiltrat 2-kuni eriy boshladi (2 ta). 0,2 kun). Granulyatsiyaning boshlanishi davolashning 5-kunida (5 ta) qayd etilgankun 0,5) va epitelizatsiya davolashning 6-kunida (6,5 ta) qayd etilgankun 0,4 kun). Ushbu ko'rsatkichlarning barchasi taqqoslash guruhining i kichik guruhiga qaraganda bemorlarning asosiy guruhining II kichik guruhida 2 ta va 0,5 kun oldinda edi.

A (I) va A (II) kichik guruhlarining olingan natijalari shuni ko'rsatdiki, yiringli barmoq kasalliklari uchun abakterial vosita shaklida 25% dimetil sulfoksid eritmasini yiringli jarrohlik barmoq kasalliklarini davolash kompleksiga kiritish, yaralarni tez tozalash, yaxshilangan biokimyoviy va sitologik parametrlar yara ekssudati. Ushbu dinamika yara lezyonining yallig'lanish bosqichidan regeneratsiya bosqichiga o'tish vaqtini 1,5 ga qisqartirishga yordam berdi.2,0 kun.

Umuman olganda, bemorlarning ambulatoriya sharoitida davolanish muddati a (I) taqqoslash guruhidagi bemorlarga o'xshash ma'lumotlarga nisbatan 3,2 va 0,3 kunga qisqartirildi.

Tadqiqot maqsadlaridan kelib chiqib, ishning navbatdagi bosqichi mahalliy abakterial muhitning qo'lning yiringli yaralarini davolash jarayoniga ta'sirini o'rganishga qaratilgan edi. Buning uchun 25% konsentratsiyali dimetil sulfoksid eritmasi bilan abakterial vosita ishlatilgan, uning texnikasi ishning II bobida batafsil tavsiflangan.

B (I) va B (II) kichik guruhlarining tekshirilgan bemorlarining intoksikatsiyasi ko'rsatkichlarining qiyosiy tahlili quyidagilarni aniqladi: abakterial vosita ishlatilmagan b taqqoslash guruhining I kichik guruhidagi bemorlarda, intoksikatsiya ko'rsatkichlari 10 ga normallashtirilgan. va b (II) kichik guruhlarining intoksikatsiyasi ko'rsatkichlari 0,6 kunga teng bo'lgan bemorlarda. abakterial vosita b ni taqqoslash guruhining II kichik guruhining davolash kompleksiga kiritdi, bu ko'rsatkichlar 7 bilan normallashtirilgankattalash 0,4 kunlik davolash.

Kaftning yiringli yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashda mahalliy abakterial vositadan foydalanganda Purulent inflammatory diseases of the hand, bir kunlik davolanishdan keyin yarani infeksiyadan to'liq tozalash qayd etildi (2.0.4). Intrakranial infiltrat 2-kuni eriy boshladi (2 ta). 0,3 kun). Granulyatsiya ikki kunlik davolanishdan so'ng (3 ta) paydo bo'ldi ekspozitsiya 0,5 kun) va epitelizatsiya – to'rt kunlik davolanishdan keyin (5,3 DAK 0,3 kun). B (I) va B (II) kichik guruhlaridagi bemorlarda ushbu ko'rsatkichlarning qiyosiy tahlili taqqoslash guruhining B II kichik guruhidagi bemorlarda tozalash va yaralarni davolash vaqtida taqqoslash guruhiga nisbatan 2,5 va 0,5 kunga nisbatan sezilarli o'sishni aniqladi.

O'tkazilgan tadqiqotlarning olingan natijalari ishlab chiqilgan metodologiyaga muvofiq ambulatoriya sharoitida barmoqlar va qo'llarning yiringli yallig'lanishli jarrohlik kasalliklarini davolashda 25% dimetil sulfoksid eritmasidan foydalangan holda mahalliy abakterial vositadan keng foydalanishni tavsiya etish imkonini beradi.

Barmoqlar va qo'llarning yiringli yallig'lanish jarayonining anatomik joylashishini hisobga olgan holda ikki yo'nalishda olib borilgan tadqiqotlar quyidagi xususiyatlarni aniqladi:

- mahalliy abakterial vositadan foydalanish barmoqlar va qo'llarning yiringli yallig'lanishli jarrohlik kasalliklarini davolash natijalariga ijobiy ta'sir ko'rsatadi;
- dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bo'lgan mahalliy abakterial vositadan foydalanganda tiklanish vaqti va regenerativ jarayonlar tezlashadi.

II asosiy guruh bemorlarini o'rganish natijalari shuni ko'rsatdiki, qo'lning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashda dimetil sulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial vositadan foydalanish eng maqbuldir. Shunday qilib, agar i guruh bemorlarida intoksikatsiya 10xotira 0,6 kunga, II kichik guruh bemorlarida 6xotira 0,5 kunga yo'qolgan bo'lsa, an'anaviy davolash usuli bilan infeksiyadan tiklanish vaqti 11xotira 0,4 ni tashkil etdi, bu abakterial vositadan foydalanganda 7xotira 0,3 kunni tashkil etdi.

Shunday qilib, qo'lning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashda 25% dimetil sulfoksid eritmasi bo'lgan abakterial vositadan foydalanish eng samarali hisoblanadi, jarohatni tozalash vaqtini 3,0 ga kamaytiradi. 0,4 kun va ambulatoriya davolash vaqtini 4,5 ga kamaytiradi. 5 kun, bu tibbiy yordam natijalarini yaxshilaydi. barmoqlar va barmoq to'qimalarining yiringli yallig'lanish kasalliklari bo'lgan bemorlar uchun.

Xulosalar:

1. Kaftning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni an'anaviy usul bilan dimetil sulfoksid va levomekol malhamining 25% eritmasi yordamida doka bandaji ostida davolash paytida yarani infektsiyadan kech tozalash (faqat 5-6 kungacha) mavjud. davolash), granulyatsiya boshlanishi. Davolashning 7-kuni, 10-kunga qadar epitelizatsiya boshlanishi. Yara ekssudatining biokimyoviy ko'rsatkichlari faqat davolanishning 10-kunida normallasadi. Shu bilan birga, bemorlarni ambulatoriya sharoitida davolashning o'rtacha davomiyligi $13,5 \pm 0,8$ kunni tashkil etadikattalash, bu davolash usullarini takomillashtirishga qaratilgan qo'shimcha chora-tadbirlarni ishlab chiqishni talabqiladi.

2. Kaftning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni kompleks davolashda 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan abakterial vosita bilan davolash mahalliy qo'llash yaralarni infektsiyadan tozalash vaqtini $3,0 \pm 0,4$ kun gacha kamaytiradi, infiltratsiya so'rilishi $2,0 \pm 0,3$ kun gacha, granulyatsiyalar paydo bo'lishi $4,0 \pm 0,5$ kun gacha va epitelizatsiya paydo bo'lishini $5,0 \pm 0,5$ kungacha kamaytirdi. Ushbu ko'rsatkichlarning barchasi an'anaviy davolash taktikasidan foydalanganda 3-4 kun oldinda.

3. Kaftning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashda dimetilsulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial muhitdan foydalanish eng maqbulidir. Shunday qilib, agar I guruh bemorlarida intoksikatsiya $10 \pm 0,6$ kunga kelib yo'qolgan bo'lsa, II guruh bemorlarida $6 \pm 0,5$ kunga yo'qolgan, an'anaviy davolash usuli bilan infektsiyadan tozalanish vaqti $11 \pm 0,4$ kunni tashkil etdi, abakterial muhitdan foydalanganda esa $7 \pm 0,3$ kunni tashkil etdi. Bularning barchasi kaftning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarda an'anaviy usulga qaraganda davolanish muddatini 2-3 kunga qisqartirishga yordam beradi.

4. Qiyosiy tahlil natijalarini hisobga olgan holda, 25% dimetilsulfoksid eritmasi bilan abakterial muhitni mahalliy qo'llash orqali ambulatoriya sharoitida kaftning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolashning optimal usuli ishlab chiqilgan.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Kaftning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan barcha bemorlar uchun yiringli o'choqni ochish va yiringli bo'shliqni sanitarizatsiya qilish operatsiyasini bajargandan so'ng, abakterial muhitda kuniga 25% dimetilsulfoksid eritmasi bilan 8 soatda 1 marta davolash tavsiya etiladi.

2. Yiringli o'choqni radikal davolashdan so'ng yara vodorod peroksidning 3% eritmasi bilan ishlov beriladi, so'ngra yara quritiladi va 25% dimetilsulfoksidning kimyoviy eritmasi bilan sanitarizatsiya qilinadi, shundan so'ng u abakterial muhitda dimetilsulfoksidning 25% eritmasi bilan steril jarrohlik qo'lqopga o'rnatiladi.

3. 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan abakterial vositani qo'llash bilan mahalliy davolanishni to'xtatish mezonlari quyidagilardir: 1 g yara to'qimalarining $<10^4$ Mt/ML mikrobial ifloslanishining pasayishi, klinik va biokimyoviy ko'rsatkichlarni normallashtirish tendentsiyasi, makroskopik regressiya belgilari. yaraning yallig'lanish jarayoni (kamaytirish va uning atrofida shishlarning yo'qolishi), yarani nekrotik to'qimalardan tozalash, yaraning iflosli ekssudatining yo'qligi va epitelizatsiya paydobo'lishi.

ANNOTATSIYA

Latipov Orif Zaripovich

Kaftning yiringli kasalliklarini va xasmollarning turli shakllarini davolashning takomillashtirilgan usuli.

Tadqiqotning maqsadi ambulatoriya sharoitida abakterial muhitni qo'llash yo'li bilan kaftning yiringli kasalliklarini davolash usullarini takomillashtirishdan iborat.

Tadqiqotning ob'ekti Buxoro shahar tibbiyot birlashmasi oilaviy poliklinikasida 2016-2020 yillar davrida davolanishda bo'lgan, panjaning o'tkir yiringli jarrohlik kasalliklariga ega 148 nafar bemor bo'lgan.

Tadqiqotning ilmiy yangiligi quyidagilardan iborat: klinik tadqiqotlar bilan ambulator sharoitda panjaning yiringli jarrohlik kasalliklariga ega bemorlarni davolashda abakterial muhitni qo'llash samaradorligi aniqlangan; klinik tadqiqotlar asosida panjasida yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolash kompleksida abakterial muhitni mahalliy qo'llash samaradorligi o'rganilgan; abakterial muhit ko'proq yarani tozalanishiga ta'sir qilishi hamda reparativ jarayonni yaxshilashi, bu bilan panjasida yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolash muddatlarini 2-3 kunga qisqartirishi ko'rsatilgan; panjaning yiringli jarrohlik kasalliklariga ega bemorlarni davolash usuli sifatida abakterial muhitdan foydalanishning optimal sxemasi ishlab chiqilgan.

Tadqiqotning amaliy natijalari quyidagilardan iborat: abakterial muhit panjaning yiringli-jarrohlik kasalliklarini davolashda yaraga samarali ta'sir qiluvchi usuli hisoblanishi belgilangan; dimetilsulfoksidning 25% eritmasi qo'llangan abakterial muhit panjaning turli etiologiyali yiringli jarrohlik kasalliklariga ega bemorlarni mahalliy davolashda ko'rsatilganligi aniqlangan; ambulator sharoitda panjaning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolashning optimal usuli ishlab chiqilgan; dimetilsulfoksid eritmasi qo'llangan abakterial muhit yara jarayonlari fazasining almashish muddatlarini tezlashishiga ko'maklashadi va bu bilan panjaning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolash muddatlarini 5-6 kunga qisqarishiga olib kelgan.

Olingan asosiy natijalarga ko'ra tadqiqotda qo'llanilgan zamonaviy o'zaro bir-birini to'ldiruvchi klinik, instrumental, laborator, statistik usullar yordamida ishlov berilganligi, tekshirilgan klinik materialning yetarliligi, tadqiqotda materiallarga statistik usullar bilan ishlov berilgani, olingan natijalarning xalqaro hamda mahalliy tadqiqotchilar tajribalari bilan taqqoslangani, olingan natijalar va xulosalarning vakolatli tuzilmalar tomonidan tasdiqlanganligi bilan izohlanadi. Undan tashqari, barcha natijalar daliliy tibbiyot tamoyillariga asoslangan.

Natijalarining ilmiy ahamiyati olingan xulosalar va takliflar o'zining nazariy ahamiyatga egaligi bilan aniqlanadi, ular panjaning yiringli jarrohlik kasalliklariga ega bemorlarda yaralarni mahalliy davolashning o'ziga xos xususiyatlarini o'rganishga o'zining katta hissasini qo'shadi; birinchi bor panjaning yiringli yaralari bo'lgan bemorlarni davolash uchun dimetilsulfoksid eritmasi qo'llanadigan abakterial muhitning samaradorligi tajribaviy va klinik tadqiqotlar bilan izoxlangan; panjaning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarni kompleks davolashda dimetilsulfoksid eritmasi bilan abakterial muhitni mahalliy qo'llashning samaradorligi o'rganilgan; panjaning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolashning usuli sifatida abakterial muhitdan foydalanishning optimal sxemasi ishlab chiqilgan; mazkur tadqiqotning alohida natijalari diplomdan keyingi ta'lim fakultetlarining kursantlarini panjaning yiringli kasalliklarini patogenezi, klinikasi, diagnostikasi va mahalliy davolanishiga bag'ishlangan mavzular bo'yicha o'qitish dasturlarining tarkibi va tuzilishini takomillashtirish imkonini beradi.

Tadqiqot ishining amaliy qiymati shundan iboratki, yarani infeksiyadan tozalash muddatlarini tezlashtirish maqsadida, ambulator sharoitda panjaning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolashning optimal sxemasi ishlab chiqilgan. Dimetilsulfoksidning 25% eritmasi bilan abakterial muhitni qo'llanishi yara jarayonlarining fazalari almashishini tezlashtiradi va bu bilan panjaning yiringli yaralari bo'lgan bemorlarni davolash muddatlarini qisqarishi bilan izoxlanadi.

SUMMARY

Latipov Orif Zaripovich

Improved method of treatment of purulent diseases of the hand and various forms of panaritias.

The aim of the study was to improve the results of treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand by using an abacterial environment on an outpatient basis.

The object of the study were 148 patients with acute purulent surgical diseases of the hand, who were treated in the family clinic of the Bukhara City Medical Association for the period 2016-2020.

Scientific novelty of the research clinical studies have determined the effectiveness of the use of an abacterial environment in the treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand on an outpatient basis; on the basis of clinical studies, the effectiveness of local application of an abacterial medium in the complex treatment of patients with purulent-necrotic diseases of the hand was studied; it has been shown that the abacterial environment mainly affects wound cleansing and improves the reparative process and thereby reduces the treatment time for patients with purulent surgical diseases of the hand by 2-3 days; an optimal scheme for the use of an abacterial medium as a method of treating patients with purulent surgical diseases of the hand was developed.

Practical results of the study it has been established that the abacterial environment is an effective way to influence wounds in the treatment of purulent-surgical diseases of the hand; it was determined that the abacterial medium with the use of a 25% solution of dimethyl sulfoxide is indicated for the local treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand of various etiologies; developed an optimal method for treating patients with purulent-necrotic diseases of the hand on an outpatient basis; an abacterial environment with the use of dimethyl sulfoxide solution accelerates the change in the phases of the wound process and thereby leads to a reduction in the treatment time by 5-6 days in the treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand.

The reliability of the research results. The reliability of the research results is confirmed by the use of modern clinical, laboratory and instrumental research methods widely used in practice. All the results and conclusions obtained are based on the principles of evidence-based medicine. Statistical processing has confirmed the reliability of the results.

The significance of the results of the study is determined by the fact that the findings and proposals have their own theoretical significance, which make a significant contribution to the study of the features of local treatment of wounds in patients with purulent surgical diseases of the hand. For the first time, the effectiveness of an abacterial medium with the use of a solution of dimethyl sulfoxide for the treatment of patients with purulent wounds of the hand was determined by experimental and clinical studies. The effectiveness of topical application of an abacterial medium with the use of a solution of dimethyl sulfoxide in the complex treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand was studied. An optimal scheme for the use of an abacterial medium as a method of treating patients with purulent surgical diseases of the hand has been developed. Separate results of this study will provide an opportunity to improve the content and structure of the training program for cadets of postgraduate education faculties on topics related to the pathogenesis, clinic, diagnosis and local treatment of purulent diseases of the hand.

The practical value of the work lies in the fact that an optimal scheme for the treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand on an outpatient basis has been developed in order to accelerate the time for cleansing the wound from infection. The use of an abacterial medium with a 25% solution of dimethyl sulfoxide accelerates the change in the phases of the wound process and thereby leads to a reduction in the days of treatment of patients with purulent wounds of the hand.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Абдулжалилов, М. К. Недостатки в организации амбулаторно-поликлинической хирургической службы / М. К. Абдулжалилов, М. Н. Азизов // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. 2009. № 3–4. С.8–9.
2. Азолов В. В., Александров Н.М., Петров С. В., Ручкина Е. В. Новые подходы к реконструкции пальцев кисти // Медицинский альманах. 2010. №2.
3. Александров Н. М., Петров С.В., Башкалина Е. В. Новые аспекты реконструкции пальцев кисти методом дистракции // Гений ортопедии. 2014. №1.
4. Александров Н. М., Петров С. В. Реконструкция пальцев кисти с использованием традиционных и микрохирургических методик // Травматология и ортопедия России. 2010. №3.
5. Алексеев М.С., Гаджикеримов Т.А. Опыт хирургического лечения больных с гнойно-воспалительной патологией кистевого сустава //Российский медицинский журнал, 2012.-N 5.-С.18-21
6. Алексеев МС. Супрунова Н В., Гармаев А.Ш Особенности амбулаторного ведения больных с гнойными заболеваниями суставов пальцев и кисти с применением дистракционных аппаратов Сб. «Проблемы амбулаторной хирургии»// Материалы местной научно-практической конференции поликлинических хирургов Москвы и Московской области Москва, 2005г., С. 59-60
7. Асилова С. У., Нуримов Г. К., Назарова Н. З. Лечение деформаций кисти и пальцев при повреждениях лучевого нерва // Гений ортопедии. 2009. №2.
8. Бархатова Н. А., Янбеков Т. Б. Влияние условий абактериальной среды на течение генерализованных форм инфекционных осложнений синдрома диабетической стопы // Здоровье и образование в XXI веке. 2015. №4. –С.24-28.

9. Белевитин А.Б., Воробьев В.В., Безуглый А.В., Давыдов Д.В., Овчинников Д.В. Возможности амбулаторной хирургии. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2010;(3):49-53
10. Бехтерев А.В., Ткаченко С. А., Машталов В. Д. Организация помощи больным с травмами кисти // Главврач Юга России. 2019. №5 (69).
11. Болтаев Т.Ш. Комбинированный физико-химический метод лечения гнойных ран мягких тканей: Автореф. дис. ... PhD по мед. наукам: 14.00.27 / БухМИИ-Бухара, 2020. - 48 с.
12. Видасова Е.В., Коршунов В.Ф. Оперативное лечение асептических некрозов ладьевидной и полулунной костей кисти //Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2007. № 1. С. 18-20.
13. Воробьев, В. В. Стационарзамещающая медицинская помощь в хирургии / В. В. Воробьев // Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии. М.,2009. № 3–4. С. 6–8.
14. Глухов А.А. Абакумов В.И. Региональная гидропрессивно-сорбционная терапия в комплексе лечения больных с гнойными ранами // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2016. - Т. 1; - №. 1. - С. 30-36.
15. Гринев М. В., Гринев К. М. Некротизирующий фасциит в структуре хирургических инфекций мягких тканей // Стационарзамещающие технологии. Амбулаторная хирургия.- 2005. № 3 (19). -С. 6–8.
16. Дейкало В.П. Применение кожной аутопластики в реабилитации пациентов с повреждениями кисти /Дейкало В.П., Толстик А.Н. // Журнал Новости хирургии- 2015. - Т. 23; № 5. - С. 577-588.
17. Дейкало В. П., Толстик А. Н. Хирургия кисти: история, современные Достижения, проблемы и перспективы развития // Новости хирургии. 2006. №4.

18. Жирнова, Л. Р. Ультрасонография в диагностике стадий острых гнойных воспалительных заболеваний кисти : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: - Казань, 2010. - 24 с.
19. Калининская А.А., Сон И.М., Обухова О.В., Бальзамова Л.А., Терентьева Д.С. Совершенствование организационных форм работы городской медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях. //Вестник Авиценны.- 2017;(2):209-13.
20. Канцалиев Л.Б., Солтанов Э.И., Теузов А.А. Микробиологическое обоснование озонотерапии при гнойно-воспалительных заболеваниях пальцев и кисти // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 8. – С. 53-55;
21. Киселев В. В. Практические и организационные аспекты хирургического лечения больных с инфекционными поражениями кисти // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2014. №1. –С.16-18.
22. Ключкин И.В., Фатыхов Р.И. Гнойно-воспалительные заболевания пальцев кисти. Современные подходы к диагностике и лечению // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 2. – С. 40-40.
23. Князев В. Н., Мирошин С. И., Киселева Е. В. Исследование информативности ДС-индекса плазмы в оценке эффективности регионарной озонотерапии пациентов с панарицием // Биорадикалы и антиоксиданты. 2017. №1.
24. Козюков Владимир Григорьевич, Токарев Александр Емельянович, Ненахова Яна Вячеславовна Использование поврежденных сегментов при восстановлении функции увечной кисти // Пермский медицинский журнал. 2014. №6.
25. Кокорин В. В., Крайнюков П. Е., Николенко В. К., Колодкин Б. Б., Селезнев В. В., Федорова Н. И. Случай хирургического лечения пациента с отморожением кистей, осложнившимся развитием костно-суставного панариция // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2018. №2.

26. Колодкин Б.Б. Лечебно-диагностический алгоритм в хирургии гнойных заболеваний кисти и пальцев: Автореф. дис... канд.мед.наук.- М., 2019.- 24 с.

27. Колодкин Б.Б., Гнойно-воспалительные заболеваниями кисти: современные особенности комплексного лечения/ Крайнюков П.Е., Сафонов О.В., Колодкин Б.Б., Кокорин В.В. // Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2016. - Т.11, №3. - С.48-54.

28. Колодкин Б.Б., Применение перфорированного низкотемпературного термопластика при лечении гнойных заболеваний кисти/ Крайнюков П.Е., Кокорин В.В., Колодкин Б.Б., Сафонов О.В. // Вестник национального медикохирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2017. - Т.12, №2. - С.28-34.

29. Конычев А.В. Осложненные формы панариция: Автореф. дис... д-ра мед.наук.-М.,1997.- 43 с.

30. Коршунов В.Ф., Видасова Е.В. Клиническая диагностика и лечение асептических некрозов ладьевидной кости запястья//Лечебное дело. 2009. № 1. С. 73-76.

31. Крайнюков П.Е. Микротравматизм в патогенезе развития гнойных заболеваний кисти// Материалы конференций . Испания (Коста дель Азаар), 2-9 августа 2010 г.-С.52-54

32. Крайнюков П.Е., Кокорин В.В., Колодкин Б.Б., Сафонов О.В. Применение перфорированного низкотемпературного термопластика при лечении гнойных заболеваний кисти // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2017. №2.

33. Крайнюков П.Е., Кокорин В.В., Колодкин Б.Б., Сафонов О.В. Этапы развития хирургии гнойной инфекции кисти и современные подходы к лечению // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2017. №3.

34. Крайнюков П.Е., Сафонов О.В., Колодкин Б.Б., Кокорин В.В. Гнойно-воспалительные заболеваниями кисти: современные особенности

комплексного лечения // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2016. №3.-С.48-51

35. Красенков Ю.В. Обоснование тактики хирургического лечения флегмон кисти: Автореф.дис...канд.мед.наук.-Ростов/Дону.-2017.- 24 с.

36. Лачинов В.Н., Ивлев В.В. Особенности оказания хирургической помощи больным с панарицием в условиях районных больниц, гарнизонных военных госпиталей // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2016. №2.

37. Любский А.С., Алексеев М.С.Любский А.А. Ошибки и осложнения при оказании медицинской помощи больным с гнойно-воспалительными заболеваниями пальцев и кисти на амбулаторном и стационарном этапах//Лечащий врач.- 2000.-N 3.-С.62-64

38. Мелешевич, Алексей Владимирович Профилактика и лечение гнойно-воспалительных осложнений микротравм кисти: Автореф.дис...д-ра мед. наук.-М.,1990.-40 с.

39. Минаев Т. Р., Низов О. Н., Юлдашев А. А., Давлатов Ж. Х. Особенности восстановительных операций при дистальных повреждениях сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти // Вестник экстренной медицины. 2013. №1.

40. Наврузов С. Ю., Низов О. Н., Мусаев Т. С., Юлдашев А. А.К вопросу о лечении открытых травм кисти и пальцев у детей при тракционно-раздавливающих повреждениях винтами электромясорубки // Вестник экстренной медицины. 2017. №1

41. Немсцверидзе Э. Я., Касапов К. И., Бисеков С. Х. Дневной стационар – как новый подход в организации хирургической помощи населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях крупного города // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. №6.-С.1-3

42. Новиков А.В., Щедрина М.А., Мотякина О.П. Деформирующий артроз запястно-пястного сустава первого пальца кисти (ризартроз).

клинические рекомендации//Вестник восстановительной медицины. 2018. № 4 (86). С. 92-116.

43. Овчинников Д.В., Питенин Ю.И. Пластическое закрытие травматических дефектов дистальных фаланг пальцев кисти в условиях дневного хирургического стационара// Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия.-2008.-№3.-С.18-21.

44. Овчинников Д.В., Питенин Ю.И., Целищев А.И. Повреждения сухожилий пальцев кисти в практике дневного хирургического стационара// Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия.-2012.-№1.- С.18-20.

45. Петрушин А.Л. Опыт лечения осложненных форм панариция в условиях районной больницы / А.Л. Петрушин // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2010. - № 1. - С. 47-50.

46. Петрушин Александр Леонидович Анализ ошибок в диагностике и лечении подкожного панариция у сельских жителей // Казанский мед.ж.. 2011. №4.

47. Питенин Ю.И., Целищев А.И., Овчинников Д.В. Военно-медицинская академия, кафедра амбулаторной хирургии, Санкт-Петербург оказание помощи больным с травмой кисти в условиях дневного хирургического стационара// Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия.-2008.-№3.-С.7-10.

48. Питенин Ю.И., Целищев А.И., Овчинников Д.В. Местный кровоток и способы его оценки после травм и последующих реконструктивно-восстановительных операций на кисти (обзор литературы)// Стационарозамещающие технологии: Амбулаторная хирургия.-2008.-№1.- С.27-32.

49. Попов Иван Владимирович, Корнилов Денис Николаевич Хирургия повреждений сухожилий сгибателей на уровне кисти (аналитический обзор литературы) // Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2013. №1.

50. Рутенбург Д. Г., Конычев А. В., Кокорин К. В., Кокорев О. В. Клинико-эпидемиологические особенности гнойно-воспалительных заболеваний верхней конечности// Вестник СПбГУ. Сер. 11. 2011. Вып. 1.- С.142-151.
51. Рутенбург Д.Г. Этиологические аспекты гнойно-воспалительных заболеваний верхней конечности / Д.Г. Рутенбург, А.В. Конычев, О.В. Кокорев // «Актуальные вопросы гнойно-септических заболеваний и осложнений в хирургии, травматологии и интенсивной терапии»: материалы VII научно-практической конференции РАСХИ, 27-28 ноября 2008 г. - М. Инфекция в хирургии. - 2008. - Т. 6. - 59 с.
52. Рутенберг Д.Г. Гнойные заболевания верхней конечности: Автореф. дис...д-ра мед наук.-СПб, 2011.- 43с.
53. Рутенбург, Д.Г. Применение регионарной малообъемной гемоперфузии, светотерапии и лазерного излучения в комплексном лечении больных с гнойной патологией пальцев и кисти / Д.Г. Рутенбург, Н.В. Буркова, Н.А. Арсениев, Б.Е. Бутько, С.И. Кузнецов, А.В. Конычев // Эфферентная терапия. — 2010. — Т. 16, № 3. — С. 65–72.
54. Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Емкужев В.М. Ошибки и осложнения в амбулаторной практике при лечении панариция//Амбулаторная хирургия, 2010.-N 1.-С.74-77
55. Сивожелезов К.Г. Комплексное лечение гнойно-воспалительных заболеваний пальцев и кисти: : Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27; 03.00.25 / СГМУ.- Самара, 2005. - 29 с.
56. Симбирцев С.А.Конычев А.В. Кокорев О.В.и др. Клинико-иммунологические особенности осложненных гнойно-воспалительных заболеваний пальцев//Медицинский академический журнал.- 2009.-N 3.-С.62-65.
57. Слонимский В. В. К вопросу о лечении вросшего ногтя с использованием криодеструкции//Новости хирургии.- 2012.-N 2.-С.60-63.

58. Супрунова Н. В. Метод distraction в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний межфаланговых и пястно-фаланговых суставов кисти: Автореф. дис... канд.мед.наук., М.,2007.- 24 с.
59. Теузов А.А., Солтанов Э.И., Базиев А.М. Озон в лечении распространенных гнойных хирургических заболеваний пальцев и кисти //Уральский медицинский журнал, 2012.-N 13.-С.68-72.
60. Фищенко А.Я., Палий Г.К., Кравец В.П. Комплексное лечение острых гнойных заболеваний пальцев и кисти с применением декамтоксина // Хирургия .- 29 августа 2008 г.
61. Чадаев А.П. Алексеев М С. Супрунова Н В , Гармаев А Ш Современные принципы лечения гнойных заболеваний кисти с применением distraction //Российский медицинский журнал 2007г , №3, С 10-14.
62. Чадаев А.П. Опыт и перспективы применения разрезов на пальцах кисти с учетом рабочих поверхностей / А.П. Чадаев, М.С. Алексеев // Рос. мед. Журн.- 2003. - №. 3. - С. 3-8.
63. Чепурная Ю.Л., Мелконян Г.Г., Гульмурадова Н.Т., Гаджикеримов Т.А., Суворов А.Ю., Киселева С.В. Применение фотодинамической терапии в комплексном лечении гнойных заболеваний кисти. //Biomedical Photonics.- 2020;9(1):13-20.
64. Черняков А.В. Современные антисептики и хирургические аспекты их применения// РМЖ, 2017 № 28.-С.2059-2062
65. Ходжабагян З. С. И др. Хирургическая тактика при травмах дистальных фаланг пальцев кисти (обзор литературы)//Вопросы реконструктивной и пластической хирургии.-2016.-№1.-С. 74-92
66. Хоминец В.В., Пелешок С.А., Волов Д.А., Титова М.В. Технологии 3D-печати в лечении пациентов с травмами и заболеваниями предплечья и кисти//Вестник российской военно-медицинской академии.- 2020.-№1.-С.113-118.
67. Шведюк В.В. Применение димексида при закрытом способе лечения костного панариция : автореферат дис. ... кандидата медицинских

наук : 14.00.27 / Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова. - Санкт-Петербург, 2006. - 19 с.

68. Щербатых А.В. Комплексное лечение панарициев в условиях хирургического стационара: Методические рекомендации / А.В. Щербатых, С.М. Кузнецов, П.Е. Крайнюков, В.И. Калашников и др. // Иркутский гос. мед. университет.- Иркутск: ASPrint, 2004. - 28 с.

69. Юхтин В.И. Лечение суставного и костно-суставного панариция / В.И. Юхтин, А.П. Чадаев, А.Ц. Буткевич // Хирургия. - 1989. - № 8. - С. 109-130.

70. Angst F, Goldhahn J, Drerup S, et al. How sharp is the short QuickDASH? A refined content and validity analysis of the short form of the disabilities of the shoulder, arm and hand questionnaire in the strata of symptoms and function and specific joint conditions. //Quality Life Res. 2009;18:1043–1051.

71. Anwar MU, Tzafetta K, Southern SJ. Review of community-referred hand infections. //Surgical infections. 2008;9(3):357–66.

72. Armellino D. Minimizing Sources of Airborne, Aerosolized, and Contact Contaminants in the OR Environment // AORN J.-2017 Dec;106(6):494-501.

73. Bakhsh H, Ibrahim I, Khan W, et al. Assessment of validity, reliability, responsiveness and bias of three commonly used patient-reported outcome measures in carpal tunnel syndrome. //Ortop Traumatol Rehabil. 2012;14:335–340

74. Baronio, G. Concept and Design of a 3D Printed Support to Assist Hand Scanning for the Realization of Customized Orthosis / G. Baronio [et al.] // Appl. Bionics Biomech. – 2017. – P. 1–8.

75. Beaton DE, Wright JG, Katz JN; Upper Extremity Collaborative Group. Development of the QuickDASH: comparison of three item-reduction approaches.// J Bone Joint Surg Am.- 2005;87.-P.1038–1046.

76. Braitmayer K, Dereskewitz C, Oberhauser C, et al. Examination of the applicability of the disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH)

questionnaire to patients with hand injuries and diseases using rasch analysis.
//Patient. 2017;10:367–376.

77. Brown K.V. Infectious complications of combat-related mangled extremity injuries in the British military / K.V. Brown, C.K. Murray, J.C. Clasper
// Journal Trauma.- 2010. - Vol. 69 (Suppl. 1). - P. 109-15.

78. Brown, M. Postburn contractures of the hand / M. Brown[et al.] // Hand Clin. – 2017. – Vol. 33. – P. 317–331.

79. Brug E. Panaritium of the distal finger joint and subcutaneous infections of the hand / E. Brug, M. Langer // Kongressbd Dtsch Ges Chir Kongr. - 2001. - Vol. 118. -P. 402-3.

80. Chapman TT, Richard RL, Hedman TL, et al. Combat casualty hand burns: evaluating impairment and disability during recovery.// J Hand Ther. 2008;21:150–159.

81. Dacombe PJ, Amirfeyz R, Davis T. Patient-reported outcome measures for hand and wrist trauma: is there sufficient evidence of reliability, validity, and responsiveness? //Hand. 2016;11:11–21.

82. Daigeler A, Lehnhardt M, Helwing M Differential diagnosis of "sterile" phlegmonous hand infections //Chirurg. 2006 Nov;77(11):1040-5.

83. Dec P, Bartosik K, Chrachol J, Puchalski P, Zyluk A. Replantation and reconstruction vs terminalization in the treatment of amputation of the digits //Ann Acad Med Stetin. 2013;59(1):49-52.

84. Dexter F., Elhakim M., Randy MD W. Strategies for daily operating room management of ambulatory surgery centers following resolution of the acute phase of the COVID-19 pandemic// J Clin Anesth. 2020- Published online 2020 Apr 29. doi: 10.1016/j.jclinane

85. Evans C, van Woerden HC. The effect of surgical training and hospital characteristics on patient outcomes after pediatric surgery: a systematic review.//J Pediatr Surg. 2011 Nov;46(11):2119-27

86. Forget NJ, Jerosch-Herold C, Shepstone L, et al. Psychometric evaluation of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) with

Dupuytren's contracture: validity evidence using Rasch modeling. //BMC Musculoskelet Disord. 2014;15:361.

87. Foucher G, Meurice M, Haberer JP. Ambulatory surgery of the hand //Chirurgie. 1990;116(8-9):573-8.

88. Fowler JR, Ilyas AM. Epidemiology of adult acute hand infections at an urban medical center. //The Journal of hand surgery. 2013;38(6):1189–93.

89. Gay RE, Amadio PC, Johnson JC. Comparative responsiveness of the disabilities of the arm, shoulder, and hand, the carpal tunnel questionnaire, and the SF-36 to clinical change after carpal tunnel release. //J Hand Surg. 2003;28:250–254.

90. Gummesson C, Atroshi I, Ekdahl C. The disabilities of the arm, shoulder and hand (DASH) outcome questionnaire: longitudinal construct validity and measuring self-rated health change after surgery.// BMC Musculoskelet Disord.- 2003;4:11.

91. Horng YS, Lin MC, Feng CT, et al. Responsiveness of the Michigan Hand Outcomes Questionnaire and the Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand questionnaire in patients with hand injury. J Hand Surg. 2010;35:430–436.

92. Hospenthal D.R. Infection control challenges in deployed US military treatment facilities/ D.R. Hospenthal, H.K. Crouch // Journal Trauma. - 2009. - Vol. 66(Suppl. 4). - P. 120-8.

93. Ho-Sung, N. The Application of Three-Dimensional Printed Finger Splints for Post Hand Burn Patients: A Case Series Investigation / N. Ho-Sung [et al.] // Ann. Rehabil. Med. – 2018. – Vol. 42, № 4. – P. 634–638.

94. Houshian S, Seyedipour S, Wedderkopp N. Epidemiology of bacterial hand infections. International journal of infectious diseases: IJID: official publication of the International Society for Infectious Diseases. 2006;10(4):315–9.

95. Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG).// Am J Ind Med. - 1996;29.-P.602–6088.

96. Kennedy CD, Lauder AS, Pribaz JR, Kennedy SA. Differentiation Between Pyogenic Flexor Tenosynovitis and Other Finger Infections.//Hand (N Y). 2017 Nov;12(6):585-590.
97. London DA, Stepan JG, Calfee RP. Determining the Michigan Hand Outcomes Questionnaire minimal clinically important difference by means of three methods. //Plastic Reconstr Surg. 2014;133:616–625.
98. Malizos KN, Papadopoulou ZK, Ziogkou AN, Infections of Deep Hand and Wrist Compartments.//Microorganisms. 2020 Jun 3;8(6):838.
99. McDonald LS, Bavaro MF, Hofmeister EP, Kroonen LT. Hand infections. //The Journal of hand surgery. 2011;36(8):1403–12.
100. McMillan CR, Binhammer PA. Which outcome measure is the best? Evaluating responsiveness of the Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire, the Michigan Hand Questionnaire and the Patient-Specific Functional Scale following hand and wrist surgery. //Hand. 2009;4:311–318
101. Menendez ME, Ring D. Emergency Department Visits After Hand Surgery Are Common and Usually Related to Pain or Wound Issues.//Clin Orthop Relat Res. 2016 Feb;474(2):551-556.
102. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. //Qual Life Res. 2010;19:539–549.
103. Nelson EC, Eftimovska E, Lind C, et al. Patient reported outcome measures in practice. BMJ. 2015;350:g78-18.
104. Niu XF, Yi JH , Zha GQ, Дж Ху, YJ Лю , Сяо LB. Vacuum sealing drainage as a pre-surgical adjunct in the treatment of complex (open) hand injuries: Report of 17 cases//Orthop Traumatol Surg Res.- 2017 May;103(3):461-464.
105. Noureldin M, Habermann EB, Ubl DS, Kakar S. Unplanned Readmissions Following Outpatient Hand and Elbow Surgery.//J Bone Joint Surg Am. 2017 Apr 5;99(7):541-549

106. Okubo Takashi Infection control and prevention in the operating theater // Masui.-2010.- Jan;59(1).- P.17-24.
107. Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM, et al. COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. //Qual Life Res. 2018;27:1147–1157.
108. Puchalski P, Bialek M, Chraćol J, Dec P, Lesińska A, Żyluk A. An analysis of the causes of refusal of admission to patients with severe injuries and amputations of the hand referred to the replantation service //Ann Acad Med Stetin. 2014;60(2):69-73.
109. Rodrigues JN, Mabvuure NT, Nikkhah D, et al. Minimal important changes and differences in elective hand surgery. //J Hand Surg Eur Vol. 2015;40:900–912.
110. Rodrigues JN, Zhang W, Scammell BE, et al. Recovery, responsiveness and interpretability of patient-reported outcome measures after surgery for Dupuytren's disease.// J Hand Surg Eur Vol. 2017;42:301–309.
111. Saleh D, Nikkah D, Bhat W, Hopkins P. A retrospective survey of brachial plexus blockade in pediatric hand trauma patients//Paediatr Anaesth. 2011 Nov;21(11):1166-8.
112. Sandrowski K, Edelman D, Rivlin M, Jones C, Wang M, Gallant G, Beredjiklian PK.A Prospective Evaluation of Adverse Reactions to Single-Dose Intravenous Antibiotic Prophylaxis During Outpatient Hand Surgery.//Hand (N Y). 2020 Jan;15(1):41-44.
113. Sebeny P.J. Acinetobacter baumannii skin and soft-tissue infection associated with war trauma / P.J.Sebeny, M.S.Riddle, K.Petersen // Clin Infect Dis. - 2008. - Vol. 47.- №4. - P. 444-9.
114. Sivasundaram L, Wang JH, Kim CY Emergency Department Utilization After Outpatient Hand Surgery //J Am Acad Orthop Surg. 2020 Aug 1;28(15):639-649

115. Sivasundaram L, Wang JH, Kim CY. Emergency Department Utilization After Outpatient Hand Surgery //J Am Acad Orthop Surg. 2019 Nov 8. doi: 10.5435
116. Sokotowski D. The season's influence on the incidence of bacterial hand infection / D. Sokotowski, K. Sosada // Wiad Lek. - 2004. - Vol. 57. - № 9-10. - P. 449-52.
117. SooHoo NF, McDonald AP, Seiler JG, III, et al. Evaluation of the construct validity of the DASH questionnaire by correlation to the SF-36. //J Hand Surg. 2002;27:537–541.
118. Stratford PW. Development and initial validation of the upper extremity functional index. //Physiother Can. 2001;52:259–267.
119. Tanner J, Dumville JC, Norman G, Fortnam M. Surgical hand antisepsis to reduce surgical site infection.//Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jan 22;(1):CD004288
120. Therattil PJ, Yueh JH, Kordahi AM Randomized Controlled Trial of Antiseptic Hand Hygiene Methods in an Outpatient Surgery Clinic.//Wounds. 2015 Dec;27(12):347-53.
121. Thoma A, Kaur MN, Ignacy TA, et al. Psychometric properties of health-related quality of life instruments in patients undergoing palmar fasciectomy for dupuytren's disease: a prospective study. //Hand (N Y). 2014;9:166–174
122. Thompson NB, Calandruccio JH. Hand Surgery in the Ambulatory Surgery Center.//Orthop Clin North Am. 2018 Jan;49(1):69-72
123. van de Ven-Stevens LA, Graff MJ, Selles RW, et al. Instruments for assessment of impairments and activity limitations in patients with hand conditions: a European Delphi study. //J Rehabil Med. 2015;47:948–956.
124. Wang H. , Xia F, Xing D M, Ren D, Feng W, Chen Y, Xiao Z H, Zhao Z M. Effects of vacuum sealing drainage technique in acute and chronic suppurative tenosynovitis of hand// Zhonghua Wai Ke Za Zhi.-2017 May 1;55(5):384-388

125. Warrender W, Jones C, Selverian S, Lutsky K Perioperative Risks Are Similar for Normal versus Selected High-Body Mass Index Patients Undergoing Outpatient Hand and Elbow Surgery.//Plast Reconstr Surg. 2019 Nov;144(5):836e-840e
126. Watson RA. Quantification of surgical technique using an inertial measurement unit.//Simul Healthc. 2013 Jun;8(3):162-5.
127. Weinstock-Zlotnick G, Page C, Ghomrawi HM, et al. Responsiveness of three patient report outcome (PRO) measures in patients with hand fractures: a preliminary cohort study.// J Hand Ther. -2015;28(4):403–411.
128. Wong, T.M. The use of three-dimensional printing technology in orthopaedic surgery: A review / T.M. Wong [et al.] // J. Orthop. Surg. – 2017. – Vol. 25, № 1. – P. 1–7.
129. Wormald JCR, Rodrigues JN. Outcome measurement in plastic surgery. //J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2018;71:283–289.
130. Yi A, Kennedy C, Chia B, Kennedy SA. Radiographic Soft Tissue Thickness Differentiating Pyogenic Flexor Tenosynovitis From Other Finger Infections.//J Hand Surg Am. 2019 May;44(5):394-399.
131. Żyluk A, Szlosser Z, Puchalski P. The results of the treatment of hand - Outcomes of the treatment of hand degloving injuries with greater omentum flaps.//Pol Przegl Chir. 2019 Oct 31;91(6):20-27.
132. Żyluk A, Szlosser Z, Puchalski P. Undergraduate microsurgical training: a preliminary experience.//Handchir Mikrochir Plast Chir. 2019 Dec;51(6):477-483.
133. Żyluk A, Walaszek I, Puchalski P. Reconstruction of soft tissue defects of the fingers using homodigital V-Y flap //Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol. 2004;69(5):297-300.