

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKISI SOG`LIKNI SAQLASH VAZIRLIGI
BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

SHAROPOVA MALOHAT SAYFULLOEVNA

**TOKSIK BO`QOQ VA QANDLI DIABET HAMROHLIGIDA
YO`LDOSH KASALLIKLARI BO`LGAN YIRINGLI XIRURGIK
BEMORLARNI DAVOLASH USULLARI**

MONOGRAFIYA

Buxoro – 2024

Toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligida yo'ldosh kasalliklari bo'lgan yiringli xirurgik bemorlarni davolash usullari [Tekst]: monografiya/ Sharopova Malohat Sayfulloevna

Ushbu monografiya diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligida yuzaga keladigan yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni tashxislash va davolashning zamonaviy usullariga bag'ishlangan. Asarda endokrin kasalliklarga ega bo'lmagan, yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni an'anaviy jarrohlik usullari yordamida davolashda kuzatilgan holatlar tahlil qilingan. Xususan, yaralarni infeksiyadan tozalash davolashning 4-kunida, granulyatsiya jarayoni 5-6-kunida, epitelizatsiya esa 7-8-kunida qayd etilgan. Ushbu jarayonlar uglevodlar, minerallar va oqsillar almashinuvining me'yoriy holati asosida sodir bo'lgan. Shuningdek, statsionarda davolanishning o'rtacha davomiyligi $6,5 \pm 0,6$ kunni tashkil etgani aniqlangan.

Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda esa mineral, oqsil, gormonal almashinuv va mikrosirkulyatsiya buzilishlari tufayli yaralarni tozalash va bitish jarayonlari endokrin kasalliklar bo'lmagan bemorlarga nisbatan sekinroq kechishi kuzatilgan. Xususan, jarohatlarning tozalanishi va bitish davri o'rtacha 3-4 kunga kechikkan.

III-guruh bemorlarni kompleks davolashda mineral, oqsil, gormonal, uglevod almashinuvlari va mikrosirkulyatsiya buzilishlarini korreksiya qilish usuli qo'llanilganda, laborator ko'rsatkichlar II-guruh bemorlarga qaraganda 2-3 kun tezroq normallashtirish aniqlangan. Shu bilan birga, jarohatlarning birinchi bosqichdan ikkinchi bosqichga o'tish jarayoni ham 2-3 kunga tezlashgan. Statsionarda davolanishning o'rtacha davomiyligi esa $7,5 \pm 0,5$ kunni tashkil etgan.

Mineral, uglevod, oqsil, gormonal almashinuvlar va mikrosirkulyatsiya buzilishlarini erta bosqichda korreksiya qilishga asoslangan ishlab chiqilgan usul diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet fonida yuzaga kelgan yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashning optimal yondashuvi sifatida taklif etilgan.

Monografiya Buxoro davlat tibbiyot instituti ilmiy kengashida muhokama qilindi va tasdiqlandi

Способы лечения гнойных хирургических больных с сопутствующими заболеваниями, сопровождающимися токсическим зобом и сахарным диабетом [Текст]: монография / Шаропова Малохат Сайфуллоевна

Данная монография посвящена разработке и внедрению современного метода диагностики и лечения пациентов с гнойными хирургическими заболеваниями мягких тканей, сопровождающимися диффузным токсическим зобом и сахарным диабетом. В исследовании представлены результаты лечения пациентов с гнойными хирургическими заболеваниями мягких тканей без эндокринных патологий. При традиционном хирургическом подходе у таких пациентов процесс очищения раны от инфекции фиксировался на 4-й день терапии, начало грануляции - на 5-6-й дни, а начало эпителизации - на 7-8-й дни. Эти процессы проходили на фоне нормальных показателей углеводного, минерального и белкового обмена, при этом средняя продолжительность стационарного лечения составляла $6,5 \pm 0,6$ дней.

У пациентов с гнойными хирургическими заболеваниями мягких тканей на фоне диффузного токсического зоба и сахарного диабета наблюдались нарушения минерального, белкового, гормонального обмена и микроциркуляции. Эти нарушения приводили к замедлению очищения раны и её заживления по сравнению с пациентами без эндокринных заболеваний. В частности, сроки очищения и заживления ран у таких пациентов увеличивались на 3-4 дня по сравнению с контрольной группой.

Применение комплексного подхода к лечению пациентов с гнойными хирургическими заболеваниями на фоне диффузного токсического зоба и сахарного диабета (III группа), включающего коррекцию нарушений минерального, белкового, гормонального, углеводного обмена и микроциркуляции, обеспечивало ускоренную нормализацию лабораторных показателей. Это происходило на 2-3 дня раньше, чем у пациентов II группы. Кроме того, переход от первой стадии раневого процесса ко второй ускорялся на 2-3 дня. Средняя продолжительность стационарного лечения в этой группе составила $7,5 \pm 0,5$ дней.

Разработанный метод ранней коррекции обменных нарушений и микроциркуляции признан оптимальным для лечения гнойных хирургических заболеваний мягких тканей у пациентов с диффузным токсическим зобом и сахарным диабетом.

Монография была обсуждена и утверждена на ученом совете Бухарского государственного медицинского института.

Methods of treatment of purulent surgical patients with concomitant diseases accompanied by toxic goiter and diabetes mellitus [Text]: monograph / Sharopova Malokhat Sayfulloyevna

The monograph is devoted to the most modern method of treatment and diagnostics of patients with purulent surgical diseases accompanied by toxic goiter and diabetes mellitus. In the monograph, patients with purulent soft tissue surgery without additional endocrine diseases. In traditional surgical treatment of patients with scoliosis, the wound is cleared of infection on the 4th day of treatment, the onset of granulation is noted on the 5th-6th day, and the onset of epithelialization - on the 7th-8th days care. All this occurred against the background of normal indicators of carbohydrate, mineral and protein metabolism. At the same time, the average duration of inpatient treatment of patients was 6.5 ± 0.6 days. Diffuse toxic goiter and diabetes mellitus patients with purulent surgical diseases of soft tissues against the background of the disease of disorders of mineral, protein, hormonal metabolism and microcirculation in patients with diabetes mellitus, wound healing, cleansing processes, endocrine diseases. This is much slower than in ordinary patients.

The healing and wound healing times are delayed by 3-4 days compared to patients in group II. Patient with purulent soft tissue surgery against the background of diffuse toxic goiter and diabetes mellitus. The introduction of correction of disorders of mineral, protein, hormonal, carbohydrate metabolism and microcirculation in the treatment complex of patients of group III suffering from diseases led to rapid normalization of laboratory parameters 2-3 days earlier than in patients of group II.

In this case, the transition from the 1st stage of the wound process to the 2nd stage occurs 2-3 days faster. The average duration of inpatient treatment was 7.5 ± 0.5 days. The developed method of early correction of disorders of mineral, carbohydrate, protein, hormonal metabolism and microcirculation is considered the optimal method for treating purulent surgical diseases of soft tissues against the background of diffuse toxic goiter and diabetes mellitus.

The monograph was discussed and approved by the Academic Council of the Bukhara State Medical Institute.

Muallif:

**Sharopova
Sayfulloevna**

Malohat

– Buxoro davlat tibbiyot instituti,
Umumiy xirurgiya kafedrasi, PhD
ассистент

Retsenzentlar:

1. **Abdullaev S.A.**- Samarqand davlat tibbiyot universiteti "Umumiy xirurgiya" kafedrasi professori, t.f.d.
2. **Qurbonov O.M.**-Buxoro davlat tibbiyot instituti "Umumiy xirurgiya" kafedrasi dotsenti, DSc

Belgi va qisqartmalar ro'yxati.....8

Kirish..... 9

I bob. Toksik bo'qoq va qandli diabet. jarohat va jarohat infeksiyasi muammosi haqida zamonaviy tushunchalar 11

§1.2. Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligida yiringli xirurgik kasalliklarning klinik kechishining asosiy davolash xususiyatlari va epidemiologiyasi. 144

§1.3. Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet havrohligi fonidagi yiringli xirurgik kasalliklarni kompleks davolashda zamonaviy yondashuv.....20

Rezyume-----29

II bob. Tekshiruv materiallari va davolash usullari 311

§ 2.1. Bemorlarning klinik xususiyatlari..... 31

§2.2. Bemorlarni davolashda qo'llaniladigan vositalar va usullar 34

§2.3. Klinik laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari 35

§2.4. Sitologik tadqiqot o'tkazish metodologiyasi 37

III bob. Endokrin kasalliklarsiz yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini an'anaviy davolash natijalari (I - gr.) 38

§3.1. Endokrin kasalliklarsiz yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni an'anaviy davolash samaradorligi 38

§3.1.1. Jarohatda klinik va laboratoriya jarayonining dinamikasi va yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolash natijalari.

-----40

IV bob. Diffuz toksik diffuz bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonidagi yumshoq to'qimalarning yiringli xirurgik kasalliklarida an'anaviy davolash usullari (II gr)..... 500

§4.1. Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni an'anaviy davolash samaradorligi..... 500

§4.1.1. Yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan II guruh bemorlarida jarohat jarayonining klinik-laborator dinamikasi va davolash natijalari. 52

V bob. Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida bo'lgan yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashda moddalar almashinuvi va mikrosirkulyatsiya buzilishini meyorilashtirish samaradorligi..... 60

§5.1. Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet kombinatsiyalashgan fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashda mineral,

uglevod, oqsil, gormonal metabolizm va mikrosirkulyatsiyaning metabolik buzilishlarini bartaraf etish samaradorligi.....	60
§5.2. Jarohat kechish jarayonining klinik-laborator dinamikasi va yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet (III guruh) kombinatsiyalashgan fonida davolash natijalari.	61
Xotima.....	72
Xulosalar.....	78
Amaliy tavsiyalar	79
Annotatsiya.....	80
Аннотация.....	86
Annotation.....	92
Adabiyotlar ro'yxati.....	97

BELGI VA QISQARTMALAR RO'YXATI

QIV	–	qon ivish vaqti
YTYK	–	yumshoq to'qimalarning yiringli kasallik
GO	–	Giperoksigenatsiya
L	–	Leykotsitlar
TTG	–	tireotrop garmon
T3	–	Triyodteronin
T4	–	tiroksin
QD	–	qandli diabet
DTB	–	diffuz toksik bo'qoq
LII	–	leykotsitlar intoksikatsiya indeksi
O'MM	–	o'rtacha molekulyar massa
MT/MJI	–	1 ml da mikroorganizmlar soni
MT/T	–	1 mg da mikroorganizmlar soni
BK	–	baholash ko'rsatkichi
PO ₂	–	kislarodning partial bosimi
EChT	–	eritrositlarning cho'kish tezligi
UTT	–	ultratovush tekshiruvi
FNG	–	Fibrinogen
GKK	–	Glyukokortikoidlar
DTS	–	diabetik tovon sindromi
YXK	–	Yiringli xirurgik kasalliklar
TR	–	tireoid retseptorlar
TB	–	toksik bo'qoq

KIRISH

Dolzarbli. Jarohat infeksiyalarini davolash jahon amaliyotida asosan antibakterial vositalardan foydalanish orqali amalga oshiriladi. Biroq, yiringli jarrohlik kasalliklariga sabab bo'luvchi patogen mikroorganizmlar yuqori darajadagi virulentlik, bioo'zgaruvchanlik va antibiotiklarga chidamlilik xususiyatlariga ega ekani ma'lum. Xalqaro Qandli Diabet Federatsiyasining (XQDF) ma'lumotlariga ko'ra, dunyoda qandli diabet bilan kasallangan 415 million odam mavjud bo'lib, ushbu ko'rsatkich 2040 yilga kelib 642 million kishiga yetishi prognoz qilinmoqda. Qandli diabet bilan og'rikan bemorlar sonining ko'payishi ularning sog'lig'i haqidagi ishonchli ma'lumotlarni olish zaruriyatini tobora oshirmoqda.

Qalqonsimon bez jarrohligi bo'yicha jahon tajribasida asoratlarning uchrash chastotasi yuqori emasligi qayd etilgan. Ammo jarrohlik amaliyotlarida qo'llaniladigan turli yondashuvlar va texnikalar, shuningdek, muassasalarning diagnostika va baholash usullari tufayli asoratlarning chastotasi bo'yicha sezilarli farqlar kuzatilmoqda. Shunga qaramay, keng miqyosli jarrohlik aralashuvlari muayyan xavflarni keltirib chiqarishiga qaramay, qalqonsimon bez kasalliklarini yaxshiroq boshqarish imkonini beradi. Bugungi kunda endokrin kasalliklar orasida qalqonsimon bez kasalliklari yetakchi o'rinni egallaydi. Bu, ayniqsa, yod tanqisligi kuzatiladigan hududlarda, xususan Rossiya Federatsiyasi va boshqa davlatlar, jumladan, O'zbekistonda keng tarqalgan diffuz bo'qoq bilan izohlanadi.

O'zbekistonda sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish bo'yicha keng ko'lamli islohotlar doirasida kasalliklarni erta aniqlash, ularning asoratlarini kamaytirish va oldini olishga katta e'tibor qaratilmoqda. 2022-2026 yillarga mo'ljallangan Yangi O'zbekistonni rivojlantirish strategiyasining to'rtinchi ustuvor yo'nalishida, xususan 56-maqсадda, aholining salomatligini muhofaza qilish, tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish va sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirishga qaratilgan kompleks chora-tadbirlarni amalga oshirish ko'zda tutilgan.

Mazkur tadqiqot ishida O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 2020 yil 12 noyabrdagi PF-6110-son Farmoni («Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari faoliyatiga yangi mexanizmlarni joriy qilish va sog‘liqni saqlash tizimi islohotlari samaradorligini oshirish chora-tadbirlari haqida»), 2022 yil 28 yanvardagi PF-60-son Farmoni («2022-2026 yillarda Yangi O‘zbekistonni rivojlantirish strategiyasi haqida») va 2020 yil 12 noyabrdagi PQ-4891-son Qarori («Tibbiy profilaktika ishlarining samaradorligini oshirish orqali jamoat salomatligini ta’minlash haqida») hamda boshqa me’yoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishga qaratilgan chora-tadbirlar muhim o‘rin tutadi.

I BOB. TOKSIK BO'QOQ VA QANDLI DIABET. JAROHAT VA JAROHAT INFEKTSIYASI MUAMMOSI HAQIDA ZAMONAVIY TUSHUNCHALAR

§1.1. Endokrin kasalliklari bo'lgan bemorlarda yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarining kechishi

Xalqaro Diabet Federatsiyasi (XDF) ma'lumotlariga ko'ra, hozirgi vaqtda dunyoda 415 milliondan ortiq odamda qandli diabet tashxisi qo'yilgan. Taxminlarga ko'ra, bu raqam 2040 yilga borib 645 millionga yetishi mumkin. Qandli diabetning tarqalishi va uning oqibatlari (asoratlari, o'rtacha umr ko'rish davomiyligi, nogironlik darajasi va boshqalar) o'rganishga arziydigan ustuvor muammolar sirasiga kiradi. [1; 29-30 b., 3; 58-61 b., 10; 15-21 b., 116; 181-b].

QD ning mutlaqo har bir turi deyarli barcha organlarda turli xil asoratlarning rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin, bu esa o'z navbatida erta o'lim ehtimolini oshiradi. 2012 yilda ushbu kasallikdan o'lim darajasi 1,5 milliondan ortiqroq kishini tashkil etgan bo'lsa, hozirgi davrga bu ko'rsatkich yanada yuqori raqamlarga ega. Ratsional ovqatlanish, doimiy jismoniy faollikning mavjudligi, optimal tana vaznini nazorat qilish va tamaki mahsulotlarini iste'mol qilishdan bosh tortish QD va uning asoratlari paydo bo'lishining oldini olishning bir usuli hisoblanadi [4; 75-84 b., 15; 52-57 b., 57; 24].

Skrining natijalariga ko'ra – 2015-2016 yillarda O'zbekiston Respublikasining Toshkent, Xorazm va Qashqadaryo viloyatlari shahar va qishloq joylarida 35 yoshdan oshgan aholi orasida II turdagi qandli diabetning tarqalishi 7,9 foizni, glyukoza bardoshliligi buzilishi 4,4 foizni, och qoringa glikemiya buzilishi 1,4 foizni tashkil etdi. Ortiqcha vazn va semirishning tarqalishi nafaqat uglevod almashinuvi buzilgan shaxslar orasida, balki sog'lom shaxslar orasida ham kuzatilmoqda. Respublika aholisining 35% dan ortig'i turli darajadagi semizlikdan aziyat cheksa, ushbu aholining 70% keyingi 10 yil ichida yurak-qon tomir kasalliklari rivojlanish xavfi ostida qolishi bashorat qilinmoqda [3; 58-61 b., 4; 13-17 b., 23; 133-149 b].

2012 yilda O'zRes SSV tomonidan Toshkent shahrida qandli diabet va oraliq giperglikemiya aniqlash bo'yicha tanlab skrining tadqiqotini o'tkazildi. Hammasi bo'lib 957 nafar ko'ngillilar tekshirildi, tekshirilganlarning 4,6 foizida QD kasalligi aniqlandi, ularning 53 foizi ushbu kasallik uchun irsiy moyillikka ega ekanligi aniqlandi [2; 50-56 b., 5; 13-17 b., 23; 133-149 b; 46; 321 b].

N. M. Alixanova va boshqalar (2016) Toshkent shahrida I va II turdagi QD epidemiologik ahamiyati to'g'risidagi ma'lumotlarni e'lon qildi.

Aniqlanishicha, bugungi kunda Toshkent shahrida QD uchun tibbiy yordam ko'rsatish darajasi xalqaro parametrlarga mos kelmasligi ta'kidlandi, shundan so'ng QDning doimiy mikrovaskulyar va yurak-qon tomir asoratlari rivojlanish xavfi ortishi ta'kidlandi [25; 48-55 b., 26; 125-136 b., 36; 83-88 b].

O'zbekiston olimlari Buxoro viloyati, Xorazm viloyati, Qoraqalpog'iston Respublikasida diabetik nefropatiya va diabetik retinopatiyasi asoratlarini yetarlicha tashxis qo'yish va qayd etishda tizimda yo'l qo'yilgan kamchiliklar yo'q emas. Shu bilan birga, O'zbekistonning to'rt mintaqasi bo'yicha ro'yxatga olish ma'lumotlarini tahlil qilish QD asoratlarini tashxislash, davolash va oldini olish bo'yicha ishlarning etishmasligini ko'rsatdi [37; 89-93 b., 42, 41-47 b., 43; 446-449 b., 46; 321 b].

Asosan tog'li hududlarga ega bo'lgan Evropa mamlakatlarida (Bolgariya, Avstriya, Chexiya, Norvegiya, Ruminiya, Portugaliya) I turdagi QD-larning paydo bo'lish ko'rsatkichlari, asosan tog' zonalari bo'lmagan mamlakatlar (Belgiya, Polsha, Gollandiya, Finlandiya, Frantsiya, Germaniya) bilan taqqoslaganda ancha pastligi ko'rinadi. II turdagi QD ning paydo bo'lishi ham turli davlatlarda turlicha. II turdagi QD ko'pincha AQSh, janubi-sharqiy Osiyo mamlakatlari, Rossiya, Braziliya, Meksikae, Turkiya, Pokistone va Eroneda ko'proq kuzatilishi aniqlangan. Tashqi omillar moyillik mavjud bo'lganda ushbu kasallikning faollashishiga sabab bo'lishi isbotlangan [44; 2-3 b., 47; 57 b; 66; 4049-4058 b., 70; 3-41 b., 71; 29-125 b., 166; 2373-2378 b].

Bir qancha olimlarning tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, qandli diabet va I va II turdagi bemorlarda pastki muchalarda diabetik tomir angiopatiyasi, retinopatiya, nefropatiya va diabetik tovon shaklida asoratlar mavjud. Serebrovaskulyar kasalliklar (disirkulyatsion ensefalopatiya, o'tkir miya qon aylanishining buzilishi) va yurak-qon tomir tizimining shikastlanishigipertoniya, koronar arteriya kasalligi kabi asoratlar II turdagi diabet bilan og'rigan bemorlarda ko'proq uchraydi [18; 22-27 b., 19; 13-41 b., 20; 44-45 b., 21; 25 b., 80; 48-55 b., 98; 120b].

QD mavjud bo'lganda, organizmning barcha tomirlarda o'zgarishlar kuzatiladi. Mikroangiopatiya kabi kasalliklar I va II turdagi QD bilan kasallangan bemorlarning 100 foizida qayd etiladi. Ushbu holatlarning 30% dan ortig'i yiringli-nekrotik asoratlar bilan birga keladi. Qonda glyukozaning doimiy ravishda ko'payishi tufayli ko'z, buyrak, asab, yurak va qon tomirlari kabi organlarda turli xil o'zgarishlar kuzatiladi. QD asoratlarning erta rivojlanishiga va bemorlarning nogironligiga olib keladi. Eng xavfli oqibat diabetik tovon sindromidir. Bemorlar oyoqlaridagi jarohatlardan og'riqni sezmaydi, ular bitmaydigan yaralarga aylanadi, bu gangrenaga va oyoq-

qo'llarining amputatsiyasiga olib kelishi mumkin [109; 55-60 p., 122; 1-9 p., 157; 526-531p].

Bugungi kunda jahon sog'liqni saqlash hamjamiyatida diabet muammosi asosiy muammolardan biri hisoblanadi. Bundan atigi 20 yil oldin, qayd etilgan holatlar soni 130 million nafar bemorni tashkil etgan bo'lsa, bugungi kunda ushbu ko'rsatkichlar o'sib, 366 million nafarga yetgan, bu butun dunyo aholisining 7 foizini tashkil etadi va ushbu kasallikning 50 foizi asosan 40-60 yoshni qamrab oladi. Bu esa asosiy mehnatga layoqatli contingent hisoblanadi.

XDF ma'lumotlariga ko'ra, 2030 yilga kelib qandli diabet bilan kasallanishning o'sish prognozi 50 foizga o'sishi va 552 million. kishini tashkil qilishi mumkin.

Bu sayyoramizning har o'ninchi odamida ushbu patologiyaning paydo bo'lishidan dalolat beradi. Bundan tashqari, "metabolik sindrom" va ortiqcha vazn muammolari bo'lgan aholi sonining yuqori o'sishi qayd etildi. Ushbu bemorlar guruhining soni 400 milliondan. oshadi va 2030 yilga kelib qariyib 800 millionga etadi. Ushbu toifadagi "shartli ravishda sog'lom" odamlar orasida har yili QD holatlarining taxminan 15% qayd etiladi [154; 219 b., 160., 100-103 b., 170; 120-125 b].

Bir qator olimlar dispanserlarda QD bilan og'rgan bemorlar ro'yxatdan o'tmaganligi sababli QD patologiyasi bilan og'rgan bemorlarning soni 2-3 baravar kam baholanganligini taxmin qilishmoqda. Ushbu hodisa I tip qandli diabet irsiy kelib chiqishi tufayli standart kasbiy tekshiruvlar jarayonida neonatal davrda I turdagi QD diagnostikasi bilan bog'liq bo'lsa, II turdagi QD 30-60 yosh davrida kuzatiladi, bu esa ushbu patologiyaga nisbatan hushyorlikni oshirishga va ushbu kasallikni asoratlari sonining ko'payishiga olib keladi [171; 337-341b., 173; 537b; 174; 282 b., 175; 125 b].

Qandli diabet - bu oilalar uchun ham, milliy sog'liqni saqlash tizimi va mamlakat iqtisodiyoti uchun ham katta moliyaviy xarajatlarga olib keladigan global muammo bo'lib qolmoqda. Rossiyada QD sababli qayd etilgan o'lim holatlari soni 66 ming. kishini tashkil etadi [117; 46-63 b., 174; 282 b., 175; 125 b].

Butun jahon QD oldini olish va davolash yo'lida uchun katta mablag'lar ajratilishiga qaramay, bugungi kunda kasallikning o'zi va ayniqsa uning asoratlari (nefropatiya, retinopatiya, DTS, koronar, miya va boshqa asosiy tomirlarning shikastlanishi) tarqalishini to'xtata olmayapti. Birlashgan Millatlar tashkilotining rezolyutsiyasida dunyoning barcha mamlakatlariga, "Qandli diabetni oldini olish, davolash bo'yicha milliy dasturlarni yaratish to'g'risida" murojaatida diabet va uning asoratlari oldini olish va davolash usullari to'g'risida jamoatchilik xabardorligini oshirish, ushbu jarayonga ta'lim

dasturlari va ommaviy axborot vositalarini jalb qilish togrisidagi bayonotlar bilan chiqishi ushbu muammoning o'ta dolzarbligini ko'rsatadi [97; 2-3 b].

§1.2. Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligida yiringli xirurgik kasalliklarning klinik kechishining asosiy davolash xususiyatlari va epidemiologiyasi.

Diffuz toksik bo'qoq (DTB) va qandli diabet (QD) dunyo miqyosida keng tarqalgan bo'lib, bularning birgalikda kechishi bilan bog'liq murakkab holatlar, jumladan, yiringli xirurgik kasalliklar ham ortib bormoqda. DTB va QD birgalikda uchrashi, ayniqsa, yiringli infeksiyalar bilan murakkab klinik vaziyatlarni keltirib chiqaradi. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti ma'lumotlariga ko'ra, DTB va QD dunyo bo'ylab keng tarqalgan muammolardan biri bo'lib, ularning birgalikda uchrashi o'lim va nogironlik ko'rsatkichlarini oshirmoqda. Ushbu kasalliklarning keng tarqalishi zamonaviy tibbiyot uchun dolzarb masala bo'lib, ularning birgalikdagi ta'siri bemorlar hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi.

Diffuz toksik bo'qoq qalqonsimon bez faoliyatining oshishi bilan tavsiflanadigan autoimmun kasallik bo'lib, tanadagi metabolizm jarayonlarini kuchaytiradi. Bu esa boshqa organlar va tizimlarga, jumladan, yurak-qon tomir tizimi, markaziy asab tizimi va immun tizimiga ham salbiy ta'sir ko'rsatadi. DTB bilan kasallangan bemorlarda metabolik jarayonlarning tezlashishi natijasida umumiy energiya sarfi ortadi, bu esa tana uchun qo'shimcha yukni keltirib chiqaradi. Shu bilan birga, DTB autoimmun tabiatga ega bo'lgani sababli immun tizimi disfunktsiyasi yuzaga keladi, bu esa infeksiyon kasalliklarga moyillikni oshiradi.

Qandli diabet esa organizmda insulin yetishmovchiligi yoki insulin rezistentligi tufayli shakllanib, uglevodlar, yog'lar va oqsillar almashinuvini buzadi. QD metabolik sindromning bir qismi bo'lib, u nafaqat qondagi glyukoza miqdorini boshqarishdagi muammolarni, balki yurak-qon tomir tizimi, buyraklar, asab tizimi va boshqa muhim organlarga ham zarar yetkazadi. QD bilan kasallangan bemorlarda yaralar sekin bitishi, to'qimalarda nekroz jarayonlari ko'proq uchrashi va immunitetning pasayishi kuzatiladi. Bu esa yiringli xirurgik kasalliklarning rivojlanishiga olib keladi.

DTB va QD ning birgalikda uchrashi tanadagi turli xil tizimlarning faoliyatini sezilarli darajada buzadi, bu esa yiringli xirurgik kasalliklarning klinik kechishini yanada murakkablashtiradi. Yiringli xirurgik kasalliklar, jumladan, flegmonalar, abscesslar va yiringli yara infeksiyalari, ayniqsa DTB va QD fonida murakkab kechadi. Bu kasalliklar jarrohlar uchun katta klinik muammolarni keltirib chiqaradi, chunki bu holatlarda jarrohlik aralashuvining

samaradorligi pasayadi, yaralar uzoq muddat bitadi va asoratlar xavfi yuqori bo'ladi. Shu sababli, bunday bemorlarni davolashda kompleks yondashuv talab etiladi, bunda nafaqat jarrohlik aralashuvi, balki metabolik ko'rsatkichlarni nazorat qilish, qalqonsimon bez faoliyatini va qandli diabetning boshqaruvini yaxshilash ham zarur hisoblanadi.

Yiringli xirurgik infeksiyalarning DTB va QD bilan birgalikdagi kechishi bemorlarda ko'proq qiyinchiliklar keltirib chiqaradi, chunki immun tizimning susayishi infeksiya jarayonlarini kuchaytiradi. Bemorlarning jarrohlikdan keyingi tiklanish davri uzoq davom etishi, yiringli asoratlarning tez-tez yuzaga kelishi, sepsis xavfi va boshqa infeksiyon asoratlarning rivojlanishi bu holatlarni yanada og'irlashtiradi. Shu nuqtayi nazardan, DTB va QD bilan birga kechayotgan yiringli xirurgik kasalliklarni erta aniqlash va ularga kompleks davolash choralari ko'rish juda muhimdir. Davolash jarayonida endokrinolog, jarroh va boshqa mutaxassislarning hamkorlikda ishlashi talab etiladi.

DTB va QD bilan birga kechuvchi yiringli xirurgik kasalliklarni o'rganishning dolzarbligi bir necha omillar bilan izohlanadi. Birinchidan, DTB va QD bilan kasallangan bemorlar soni yildan yilga oshib bormoqda, bu esa sog'liqni saqlash tizimi uchun jiddiy ijtimoiy-iqtisodiy yuk hisoblanadi. Ikkinchidan, ushbu bemorlar guruhida yiringli infeksiyalar va xirurgik asoratlarning yuqori darajada uchrashi, ularning hayot sifatini pasaytiradi va o'lim ko'rsatkichlarini oshiradi. Shu sababli, ushbu kasalliklarni erta bosqichda aniqlash, to'g'ri davolash usullarini qo'llash va bemorlarni samarali kuzatish nafaqat kasalliklarning kechishini yaxshilash, balki umumiy kasallanish va o'lim darajasini kamaytirishga ham xizmat qiladi.

Bundan tashqari, DTB va QD bilan kechuvchi yiringli xirurgik kasalliklarni davolash strategiyasida zamonaviy yondashuvlarni qo'llash juda muhimdir. Innovatsion dori vositalari, endokrin va metabolik ko'rsatkichlarni optimallashtirish, maxsus parhez terapiyasi va fizioterapiya usullari, shuningdek, bemorlarning psixologik holatini qo'llab-quvvatlash orqali davolashning samaradorligini oshirish mumkin. Bularning barchasi bemorlarning hayot sifatini oshirish va davolash jarayonini yengillashtirishga xizmat qiladi.

Umuman olganda, DTB va QD fonida kechuvchi yiringli xirurgik kasalliklar murakkab va ko'p qirrali davolash yondashuvini talab qiladi. Integratsiyalashgan tibbiy yordam, ya'ni bir nechta tibbiy mutaxassislarning birgalikda ishlashi, bemorlarni samarali davolash va ularda hayot sifatini yaxshilash uchun zarurdir. Bu jarayonda nafaqat jarrohlik amaliyotlari, balki

endokrin muvozanatni saqlash, immunitetni qo'llab-quvvatlash va infeksiyani **oldini olish choralari ham katta ahamiyatga ega.**

Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet (QDB) zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolari qatoriga kiradi. Ushbu kasalliklarning kombinatsiyasi nafaqat endokrin tizimning chuqur buzilishlarini, balki umumiy organizm funksiyalarining o'zgarishini ham keltirib chiqaradi. Diffuz toksik bo'qoq qalqonsimon bezning giperfunksiyasi bilan xarakterlanib, metabolik jarayonlarning kuchayishiga, yurak-qon tomir va asab tizimlarining ortiqcha zo'riqishiga olib keladi. Qandli diabet esa insulin ishlab chiqarish yoki uning ta'sirining buzilishi bilan bog'liq bo'lib, tananing asosiy energiya manbai bo'lgan glyukozaning metabolizmini buzadi. Ushbu ikkala kasallik birgalikda uchraganda, tanadagi patologik jarayonlar o'zaro bir-birini kuchaytirishi mumkin.

Mazkur holatda immunitetning pasayishi va mikrosirkulyatsiyaning buzilishi yiringli xirurgik kasalliklarning tez rivojlanishiga va og'ir kechishiga sabab bo'ladi. Bu esa infeksiya jarayonlari, jarrohlik amaliyotidan keyingi davr va to'qimalarning regeneratsiya jarayonini murakkablashtiradi. Ayniqsa, diffuz toksik bo'qoq va qandli diabetda qon-tomir va limfa tizimlarida yuzaga kelgan patologik o'zgarishlar yiringli jarayonlarning keng tarqalishiga va uzoq davom etishiga sabab bo'ladi.

Qandli diabet bilan kechayotgan giperglikemiya organizmning himoya tizimlarini sezilarli darajada zaiflashtiradi, bu esa infeksiyaga qarshi kurashish qobiliyatini pasaytiradi. Diffuz toksik bo'qoq esa metabolik jarayonlarning haddan tashqari faollashishi natijasida to'qimalarning energiya resurslarini kamaytiradi, bu yiringli jarayonlarning og'ir kechishiga olib keladi. Shunday qilib, ushbu holatda yiringli xirurgik kasalliklarning klinik kechishini aniqlash va ularga mos davolash usullarini ishlab chiqish muhim vazifa hisoblanadi.

Shuningdek, bu bemorlarda yiringli jarayonlarning tez aniqlanishi va o'z vaqtida davolanishi kasallikning murakkabligini kamaytiradi va asoratlari xavfini sezilarli darajada kamaytiradi. Ushbu tadqiqot diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligida yiringli xirurgik kasalliklarning klinik kechish xususiyatlarini o'rganish va davolash usullarini optimallashtirishga bag'ishlangan.

Yiringli xirurgik infeksiyalar bilan og'rigan bemorlarda jarohatni tozalanish muddati $3,6 \pm 0,4$ kun davomida sodir bo'lgan. 3-kuni yaraning infiltrativ jarayonlarining to'liq bartaraf bo'lib ketishi kuzatildi, 5-6- kuni granulyatsiyaning boshlanishi, 6-7-kuni epiteliya shakllanishi. Ushbu ma'lumot sitologik tadqiqotlar natijalariga asoslangan. Muallifning ta'kidlashicha, levomekoll malhamidan foydalanish degenerativ-yallig'lanish

jarayonining davrini kamaytiradi: jarohatni patogen flora va involyutsiyadan tozalashmen infiltratlar 4-kuni sodir bo'ladi. Ushbu jarayon bemorning ahvolini yaxshilash, og'riq sindromlarining to'xtashi va jarohat yuzasida granulyatsiya boshlanishini aniq ko'rsatib beradi. Bemorlarning sitogrammalarida ham ijobiy dinamika mavjud, chunki bu davrda, hujayra tarkibiy qismlarining umumiy tarkibining 1,4% miqdorida fibrotsitlar hosil bo'lgan va albatta, yallig'lanish-regenerativ fazaga o'tish neytrofillar, fibroblastlar va katta makrofaglarning ko'payishi tufayli qayd etilgan [86; 88–92 b].

Turli adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra, II-tur qandli diabet bilan og'rigan bemorlarning qon zardobida yallig'lanishga qarshi sitokinlarning darajasi oshganligi kuzatilgan. Bu holat fibroblastlar va keratotsitlar funksiyasining buzilishiga sabab bo'lib, yallig'lanish jarayonining davomiyligini uzaytiradi. Hozirgi kunga kelib, jarohatni tiklash jarayonini tartibga solish mexanizmlari, jumladan, o'sish retseptorlari va konneksinlar ishtirokida yuz beradigan hujayraaro o'zaro ta'sirlar, ilmiy jamoatchilik uchun hali-hanuz to'liq o'rganilmagan va dolzarb tadqiqot mavzusi bo'lib qolmoqda. [86; 88-92 b].

Dissertatsiya tadqiqotida A. I. Drobushhevskaya (2013) YXKning va II turdagi QD fonida interleykinlarning 6, 8, 10, TNF-a kontsentratsiyasi va fibroblastlarning ko'payishi omillari mavjudligini isbotlaydi. Ozon terapiyasini qo'llash fonida shuningdek fibroblastlarning o'sish omili kamayishi isbotlangan. Ikkilamchi infektsiyani ozon terapiyasi va ACSNI 60 mg/l tarkib bilan davolash bilan birgalikda avtogemoterapiyani birgalikda qo'llashva flomelidlarga malham surtish orqali oldini olish mumkinligi aniqlandi, bundan tashqari ushbu usul Cx43 (connexin 43) va fibroblastlarning asosiy o'sish omili sekretsiasini oshirish orqali tiklanish tezligini sezilarli darajada oshiradi yaraning chekka yuzasi. Bundan tashqari, keyingi dinamikaning yaxshilash uchun immunokimyoviy tahlil usuli bilan ekspression jarayonlarini tashxislash tavsiya etiladi [45; 25 b].

O. M. Petrenko (2015) tadqiqotlarida diabetik tovon sindromining suppur-nekrotik asoratlarni kompleks davolashda ultratovush kavitatsiyasining rolini ko'rsatadi diabetik tovon sindromida (DTS) suppur-nekrotik asoratlari bo'lgan yaralarning mikrobialjgik tadqiqotlari o'rganildi. Ultratovush kavitatsiya yordamida bakterial bioplyonkalarining shakllanishini ingibitsiya qilish orqali imkoniyatlar aniqlandi. Yiringli asoratlari bo'lgan 32 nafar bemorda va DFS USC sonoka-180 soring (Germaniya) apparati yordamida qo'llaniladi, 20 nafar bemor ham asosiy terapiyani o'tkazdi. Mikrofloraning malakaviy va miqdoriy tarkibi OSC bilan uzatishning elektron

mikroskopiyasining parallel dinamikasi yordamida mikrobiologik tadqiqotlar natijalariga ko'ra aniqlandi. DTS bilan og'riqan bemorlarda polisaxarid matritsasida mikroorganizmlar to'planishini o'z ichiga olgan va jarohat yuzasiga mahkamlangan bakterial shakllanishlari qayd etilgan. Yaralarning mikrobial landshaftida ustunlik qilgan gram-gram mikroorganizmlar. OSC dan foydalanish yaralarni tezda tozalashga yordam berdi [90; 41-43 b].

Mualliflar guruhi–2013-2016 yillarda Vishnevskiy jarrohlik institutining jarohat va jarohat infeksiyalari bo'limiga yotqizilgan diabetik tovon sindromi va yiringli-nekrotik asoratlari bo'lgan 27-80 yoshdagi 90 nafar bemorda jarohat namunalari morfoloqik/ultrastrukturaviy tahlilini taqdim etdi [132; 63-70 b].

Asosiy guruh 75 bemordan iborat bo'lib, nazorat – guruhi 15 bemordan iborat edi. Oyoq to'qimalarining shikastlanishining og'irligi Vagner tasnifi bo'yicha baholandi (Vagner F., 1981): Vagner bo'yicha III-IV- bemorlarning 46 (51.1%), 44 (48,9%) – Vagner II -bemorlarining 44 (48,9%) –. Keng qamrovli davolash yiringli jarohatlarni radikal jarrohlik yo'li bilan boshqarish, tanqidiy oyoq-qo'l ishemiyasini jarrohlik revaskulyarizatsiyasi va oxirgi bosqichda oyoqni rekonstruksiya qilishni o'z ichiga oladi. Qo'shimcha chora-tadbirlar oyoqni to'liq tushirish, uglevod almashinuvi va qo'shma kasalliklarni tuzatish. Jarrohlik bosqichlari orasidagi topikal davolash 1,0%-li betadin eritmasi (kuniga bir marta) bilan ishlov berishni o'z ichiga oladi. Ultrasonik kavitatsiya asosiy guruhda qo'shimcha ravishda qo'llanilgan. Namunalarni elektron mikroskopik tekshirish davolashdan oldin, 3-5–va 7-10–kundan keyin QDsning yiringli asoratlari uchun ultratovush kavitatsiyasining samaradorligini baholash uchun ishlatilgan. 0,2% Lavasept eritmasi bilan ultratovushli kavitatsiya yara yuzasini mikroorganizmlar va hujayra detritidan mukammal darajada tozalaydi, shuningdek biofil hujayra membranalarini hosil qiluvchi mikroblarga eritib, rivojlanishning qaytalanishini va jarohatning qayta infeksiyasini oldini oladi. Jarohatlarni samarali boshqarish tiklanish jarayonlarini tezlashtiradi, bu esa dastlabki bosqichlarda oyoqni qayta tiklashga imkon beradi [132; 63-70 b].

B.B.M. Belik va boshqalarning strategiyasiga ko'ra (2020), diabetik tovon sindromining neyropatik shakli bilan kechuvchi nekrotik asoratlarni kompleks davolash II-guruh bemorlarida jarohatlarning mikrobial ifloslanishini sezilarli darajada kamaytirishga, shuningdek, jarohat eksudatidagi yallig'lanish va proinflatuar sitokinlarning tezroq pasayishiga erishishga yordam bergan. Shu bilan bir qatorda, jarohatni tozalash va umumiy davolash jarayonining davomiyligi qisqartirilgan. Nekrotik jarayonning tiklanish bosqichida I-guruh bemorlarida o'lim ko'rsatkichi 5,3% ni tashkil qilgan. Diabetik tovon

sindromining neyropatik shakliga ega bemorlarni nekrotik jarohatlarni radikal jarrohlik bilan davolashdan so'ng, vakuum terapiya, Cifran ST kabi kombinatsiyalangan antibakterial preparat yordamida tizimli antimikrobiyal davolash va immunomodulyator sitokin terapiyasi qo'llangan. Bu yondashuv jarohatlarni tozalash va nekrotik jarayonning davomiyligini qisqartirishga yordam bergan. Shuningdek, jarohatning plastik yopilishi, infeksiyaning tarqalishini oldini olish va oyoq-qo'lning yuqori darajada amputatsiyasini amalga oshirmaslik imkonini bergan.

Ukrainalik jarrohlar yumshoq to'qimalarning yiringli-yallig'lanish kasalliklarini davolashda sorbsiya, mikroblarga qarshi xususiyatlar va nanodispersiya asosida standart usullar va kompozitsiyalardan foydalangan holda mahalliy davolash natijalarini qiyosiy baholaganlar. Ushbu usul nekrotik to'qimalar va mikroblardan jarohatni tezroq tozalashga, yangi granulyatsiyalar paydo bo'lishiga, intoksikatsiyaning og'irligini kamaytirishga va jarohatning birinchi bosqichining davomiyligini qisqartirishga yordam bergan. Bu esa operatsiyadan keyin 6-7 kun ichida yaraga ikkilamchi tikuv qo'yishga imkon bergan. Bemorlarning statsionarda davolanish muddati o'rtacha 3,7 kunga qisqartirilgan.

Adabiyotlarni batafsil tahlil qilish shuni ko'rsatadiki, qandli diabet fonida jarohatlarning kechishi mahalliy va tizimli metabolik buzilishlar bilan kechadi, bu esa davolash jarayoniga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Hozirgi jarrohlik amaliyotida jarohatlarni uzoq muddat davolash katta iqtisodiy xarajatlarga olib keladi. Shuning uchun qandli diabetda yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolash usullarini takomillashtirish qo'shimcha ilmiy tadqiqotlarni talab qiladi.

§1.3. Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet fonidagi yiringli xirurgik kasalliklarni kompleks davolashda zamonaviy yondashuv.

Hozirgi kunda endokrin kasalliklar orasida qalqonsimon bez kasalliklari yetakchi o'rinni egallaydi. Bu holat Rossiya Federatsiyasining katta hududlari, O'zbekiston Respublikasi va boshqa ko'plab yod tanqisligi mavjud bo'lgan mamlakatlarda diffuz bo'qoqning keng tarqalganligi bilan bog'liq. Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti tomonidan belgilangan ma'lumotlarga ko'ra, organizm uchun noorganik yodning kunlik me'yori 150 mikrogrammni tashkil etadi. Yodning kamroq miqdorini (kuniga 50 mkg) iste'mol qilganda, qalqonsimon bezning disfunktsiyasi kuzatiladi, bu esa bo'qoq va gipertireozning rivojlanishiga olib keladi [84; 128 b].

Qalqonsimon bez endokrin tizimning organi bo'lib, boshqa funktsiyalar qatorida tanadagi kaltsiy-fosfor gomeostazini qo'llab-quvvatlash funktsiyasini bajaradi. Qalqonsimon bez gormonlari rivojlanish, o'sish va metabolik nazoratga ta'sir qiladi, shuning uchun ular tananing normal rivojlanishi va energiya sarflanishi uchun zarurdir.

Qalqonsimon bez kasalliklari gormonal muvozanatni buzib, natijada hujayralarda kaltsiy-fosfor gomeostazi va mineral almashinuvning izdan chiqishiga olib keladi. Shu bilan birga, tiroid gormonlarining mineral almashinuvi jarayonlariga ta'sir qilish mexanizmlari, tirokalsitonin va TSH (tirotrop gormon) ning mineral almashinuvi buzilishidagi roli, shuningdek, ushbu jarayonlarning qalqonsimon bez patologiyasi xususiyatlari, operatsiyaning hajmi, bemorning yoshi va jinsi bilan bog'liqligi hali to'liq o'rganilmagan va ko'plab savollarni keltirib chiqarmoqda.

Tadqiqotlar tireotoksikoz bilan og'rigan bemorlarda mineral almashinuvi ko'rsatkichlari, jumladan kaltsiy, fosfor va magniy darajalarida o'zgarishlarni aniqlagan. Ushbu bemorlar faqatgina yod tanqisligining oldini olishni emas, balki mineral (kaltsiy, fosfor, magniy) va oqsil almashinuvini, regenerativ jarayonlarni, shuningdek, yiringli jarohatlarning tozalash va davolash jarayonlarini klinik nazorat qilishni talab qiladi. Bu yo'nalishda kompleks yondashuv bemorlarning umumiy salomatligini yaxshilashda muhim ahamiyatga ega.

Qalqonsimon bez gormonlari hujayra genetik apparati qo'zg'atuvchisi bo'lib, metabolizmni tezlashtiradi, kislorodga bo'lgan ehtiyojni oshiradi va hujayradan tashqari va hujayra ichidagi bo'shliqda oksidlanish jarayonlarini oshiradi. Bularning barchasi yaradagi regenerativ jarayonlarni tezlashtirishga yordam beradi. Shuningdek, ushbu bezda tirokalsitonin ajralib chiqadi, bu qonda kaltsiy ionlarining kontsentratsiyasini kamaytiradi va minerallashuv reaksiyasini kuchaytiradi. Bundan tashqari, tirokalsitonin buyrak va ichak orqali kaltsiy ionlarining qayta so'rilishini va fosfor ionlarining so'rilishini ko'payishini inhibe qiladi. Ushbu reaksiyalar paytida qonda kaltsiy miqdori kamayadi [13; 13-17 b].

Gipertiroidizm-bu metabolizm darajasining oshishi, taxikardiya va mushaklarning yo'qolishi bilan bog'liq katabolik sindrom. Qalqonsimon bez gormonlarining ta'sirini ikkita asosiy guruhga bo'lish mumkin: Markaziy asab tizimiga to'g'ridan-to'g'ri signal berishdan iborat Markaziy ta'sirlar va javob beradigan to'qimalarda to'g'ridan-to'g'ri ta'sirlarga mos keladigan periferik ta'sirlar.

Stress, kasallik va jismoniy zo'riqish kabi ba'zi holatlar tiroid (TG) gormonlarining mahalliy metabolizmidagi o'zgarishlarga olib kelishi mumkin,

bu esa to'qimalarga xos ferment faolligi mavjudligiga qarab maqsadli to'qimalarning turli ta'siriga olib keladi. Qalqonsimon gormonning klassik ta'siri T-3 ning deyarli barcha o'rganilgan hujayra turlarida kislorod iste'molini oshirish qobiliyatidir. T - 3 mitoxondriyal funktsiyani ijobiy tartibga soladi va mitoxondriyal biogenezni keltirib chiqaradi. Tiroid gormoni izoform metabolitlari tiroidni stimulyatsiya qiluvchi gormon sekretsiyasini salbiy tartibga solishda muhim rol o'ynaydi [16; 24-27 b].

Qalqonsimon bez gormoni deyarli barcha to'qimalarda turli xil jarayonlar uchun katta ahamiyatga ega. Qalqonsimon bez gormonlarining g'ayritabiiy bilgilari ma'lum qilishi bir qator kasalliklarning asosidir. Qalqonsimon bez gormonlari ta'sirining katta qismi qalqonsimon bez gormonlari retseptorlari (tr) – yadro retseptorlari superfamilasining a'zolari tomonidan amalga oshiriladi. Tiroid gormoni retseptorlari o'sish va metabolism rivojlanishining ko'plab jihatlarini, shu jumladan mitoxondriyal faollikni tartibga solishda asosiy fiziologik rol o'ynaydi. Asosan tr (retseptorlari) yadroda bo'lsa-da, ular yadro va sitoplazma o'rtasida tez harakatlanadi [96; 481–485 b].

Qalqonsimon gormonga uyali javobni ko'rib chiqishdan oldin, avval qalqonsimon bez gormonlarining maqsadli to'qimalarga etib borishi va hujayra ichidagi retseptorlariga kirish yo'lini o'rganish kerak. Qalqonsimon gormon gipotalamus, gipofiz va qalqonsimon bezni o'z ichiga olgan teskari aloqa orqali ishlab chiqariladi, odatda gipotalamus-gipofiz qalqonsimon bezi deb ataladi. Maqsadli to'qimalarga etib borgach, qalqonsimon bez gormonlari hujayralarga o'ziga xos membrana tashuvchilari, shu jumladan monokarboksilat tashuvchilari orqali singdirish orqali kiradi. Hujayra ichiga kirgandan so'ng, qalqonsimon gormonning hujayra ichidagi kontsentratsiyasi to'qimalarni ortiqcha gormondan himoya qilish uchun bir qator deiodinazalar ta'sirida o'zgarishi mumkin. Qalqonsimon bez gormonlarini ishlab chiqarish va deiodatsiya o'rtasidagi murakkab muvozanat TR vositachiligidagi genlarning ifodasini tartibga solish uchun juda muhimdir va bu jarayonni tartibga solmaslik II- turdagi diabet, semirish, yurak-qon tomir kasalliklari va saratonning ayrim turlarini rivojlanishiga yordam beradi [25; 5-13 b].

Yuqoridagilardan kelib chiqqan holda, tireotoksikoz ko'plab patologik sharoitlar uchun xavf omilidir, bu esa o'z navbatida to'qimalarning tashqi omillar ta'siriga sezgirligiga olib keladi va yallig'lanish jarayonlarini kuchaytiradi

Qalqonsimon bez gormonlarining fibroblastlarga ta'siri yangi kislota, fibronektin va kollagen bez sintezini takomillashtirishni o'z ichiga

oladi;Keyingi jarohatni davolash jarayonining muhim bo'g'ini hisoblanadi [2; 18-23 b].

Bizning fikrimizcha, T-3 ning jarohat jarayoniga ta'siri hujayra mexanizmlariga etkazib berish usuliga bog'liq. Deiodinazlarning ta'siri tiriod gormonlarining izoformlarini hosil bo'lishiga olib keladiиих, bu yara jarayoniga salbiy ta'sir qiladi. To'liq o'lchamli retseptorning (TR) funktsional domenlari va uning izoformlarini o'rganish oqsillarni yadro, mitoxondriya yoki plazma membranasi ichki yuzasiga yo'n altirishi mumkin bo'lgan qarama-qarshi hujayra ichidagi maqsadli signallarni aniqladi [88, 314-315 b].

T-3 bog'langandan so'ng, azot oksidi (NO) oqsil sintezi faollashadi va bir nechta hujayra turlarida ko'payish va omon qolishni rag'batlantiradi. Har xil turdagi hujayralar, jumladan, inson yog ' to'qimasidan olingan ildiz hujayralari, birlamchi osteoblastlar, buyrak hujayralari, miotsitlar va kardiomiotsitlar bo'yicha o'tkazilgan tadqiqot, (TR mitoxondriyalar, plazma membranasi va sitoplazmatik komponentlarda to'qimalarga xos tarzda lokalizatsiya qilingan subtiplarni (TR) aniqladi [105; 37b].

Hujayra ichidagi qalqonsimon gormonlar to'planishining asosiy bo'limi mitoxondriyadir. Bundan tashqari, plazma membranasi lokalizatsiyada to'qimalarga xos o'zgarishlar mavjud bo'lib, ua hujayraning omon qolishi va ko'payishida ishtirok etadigan signalizatsiya yo'llari vositachiligida asosiy rol o'ynaydi [195; 4225-4232 b].

Mutatsiyaga uchragan (tr) retseptorlar kanserogeneza ishtirok etishi mumkinligi haqidagi dastlabki dalillar tr retseptorlari o'tkir eritroleukemiya va sarkomada ishtirok etadigan eritroblastoz virusi bilan yuqadigan retrovirusning hujayra analogi ekanligi haqidagi kashfiyotdan olingan. Ushbu tr mutantlarining aksariyati (tr) dominant salbiy faollikni namoyish etadi. Gormon ishlab chiqarishni tartibga solishning buzilishi bilan bog'liq kasalliklarga qo'shimcha ravishda, tr mutatsiyalari birinchi navbatda qalqonsimon gormonga autosomal dominant qarshilik sindromini keltirib chiqarishi va saratonning ayrim turlarini, shu jumladan inson gepatotsellulyar karsinomasi, buyrak karsinomasi, ko'krak bezi saratoni, gipofiz shishi va qalqonsimon bez saratoni [187; 12-24 b].

Shunday qilib, savol tug'iladi, retseptorning lokalizatsiyasi yara jarayoniga ta'sir qiladimi? Hozircha ha. Dominant-salbiy tr mutantlari tr agresomlarga jalb qilinganligi, transport faolligi o'zgarganligi va sitozolik hujayralarda tr ni noto'g'ri joylashtirganligi ko'rsatilgan. Ushbu ma'lumotlarga asoslanib, biz tr (tieroid retseptorlari) ning hujayra ichidagi noto'g'ri lokalizatsiyasiий yara jarayonining patogeneza e'tiborga olinishi kerak bo'lgan muhim omil deb taxmin qilamiz. Qalqonsimon bez gormoni

retseptorlari subtiplari qalqonsimon bez gormonlarining turli xil hujayra tarkibiy qismlarida, shu jumladan yadro, mitoxondriya va plazma membranasining ichki yuzasida ta'siriga vositachilik qiladi [191; 181 b].

Yadro ichida tr hujayralari hujayra jarayonlarining maqsadli gen retseptorlari bilan bog'lanadi, jumladan hujayra proliferatsiyasi, kislorod iste'moli, oqsil va uglevodlar sintezi, lipidlar va vitamin metabolizmi.

Qalqonsimon bezning ta'siri to'g'ridan-to'g'ri va vositachilar orqali mutlaqo barcha tizimlar va organlarga ta'sir qiladi, shuning uchun bu bezning kasalliklari bir qator turli kasalliklarga olib keladi. Qalqonsimon bezning noto'g'ri ishlashi bilan kechadigan kasalliklar samaradorlikni pasaytiradi va bemorlarning hayot sifatini yomonlashtiradi [88; 314 – 315 b].

Tireotoksikoz-bu inson tanasida yuzaga keladigan turli xil patologik sharoitlarda rivojlanishi mumkin bo'lgan sindrom. Ushbu patologiyaning Rossiyada paydo bo'lishi 1,2 % ni tashkil qiladi, O'zbekistanda esa bu qiymat 1,4% ni tashkil qiladi. Shuni ta'kidlash kerakki, muammo yuzaga kelishi emas, balki ushbu sindromning kechishi, og'ir xarakterga ega bo'lgan gormonal kasalliklar turli tizimlarning ko'plab kasalliklarining paydo bo'lishiga olib keladi [145, 458–465].

Qalqonsimon bezning buzilgan funktsiyalari, xususan, tireotoksikoz holatlarining keng tarqalishini, amaliyotda paydo bo'lishining yuqori chastotasini hisobga olgan holda, ushbu patologiyaga qiziqish turli mutaxassisliklar shifokorlari orasida saqlanib qolmoqda [2, V.18-23 b].

Qalqonsimon bez gormonlari inson tanasida katta rol o'ynaydi: adreno-reseptorlarning sezgirligini oshirish, yurak urish tezligini, qon bosimini, kislorodni iste'mol qilishni va bazal metabolizm darajasini oshirish, asosan oqsillar (shu jumladan fermentlar) sintezini ifodalash, qondadigi kaltsiy miqdorining oshirish, glyukoza, yog', proteoliz sintezini faollashtirish. Shakar va aminokislotalarni hujayraga tashish, issiqlik hosil bo'lishining qiymatini oshirish [102, 37-40 b].

Kasallikning eng keng tarqalgan namoyon – bo'lishi tana vaznining yo'qolishi, ishtahaning pasayishi, mushaklarning kuchsizligi, taxikardiya, yurak etishmovchiligining tez rivojlanishi va atriyal fibrilatsiya shaklida yurak ritmining buzilishi, depressiya. Metabolik kasalliklar tireotoksikozda muhim rol o'ynaydi: kasallikning shakli qanchalik og'ir bo'lsa, bu buzilishlar shunchalik aniq bo'ladi [107; 301-303 b].

So'nggi yillarda qalqonsimon bez patologiyasining rivojlanishida ma'lum xususiyatlar qayd etilgan: ulardan birinchisi ushbu patologiyaning hozirgi mintaqadagi etishmovchilik darajasiga nisbatan ko'proq tarqalishidir. Ikkinchi xususiyat shundaki, yodning profilaktik ishlatilishi to'liq davolanishga

olib kelmaydi, ammo bu patologiyani dinamikasini ko'proq to'xtatadi. Uchinchi xususiyati-yod preparatlari bilan buqoqni davolash hajmini normallashtirishning 50% samaradorligi. To'rtinchi xususiyat-bu patologiyani otoimmün namoyon bo'lishida paydo bo'lish chastotasi ortib bormoqda. Beshinchi xususiyat-ro'yxatdan o'tish yod miqdori yuqori bo'lgan mintaqalarda ribojlanishi. Bugungi kunda ushbu patologiyani etiologik omili atrof-muhit sifatining pasayishi, og'ir metallarning tuzlari, sanoat chiqindilari, polimetallar, radionuklidlar tarkibidagi changni o'z ichiga olgan birikmalar ta'sirining oqibatlarini deb hisoblanadi [23; 36-40 b].

Patogeneza otoimmün tarkibiy qism muhim rol o'ynaydi, bu qonga g'ayritabiyy yodlangan oqsillarning chiqarilishi tufayli tiroid to'qimalarining ko'payishiga olib keladi. Endemik buqoqning asosiy ko'rinishlari qalqonsimon bez gormonlarining etishmasligidan kelib chiqadigan alomatlaridir.

Hozirgi vaqtda yiringli-yallig'lanish kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolashning asosiy taktikalari ishlab chiqilgan va amaliy faoliyatga kiritilgan bo'lib, ular yiringli o'choqlarni yuqori sifatli jarrohlik sanitarizatsiya qilish va drenajlash, mikroblarga qarshi terapiya va terapiyani amalga oshirish va yiringli o'choqni dezinfektsiyalashdan iborat. yallig'lanishga qarshi davolash va jarohat jarayonining hujayra mexanizmlarini optimallashtirish. Har yili ushbu toifadagi bemorlarni davolash uchun o'nlab taktikalar joriy etiladi, ammo taqdim etilganlarning hech biri har jihatdan zamonaviy jarrohlik mezonlariga javob bermaydi. Har yili ko'proq mutaxassislar standart terapiya bilan davolashda dinamikaning yo'qligiga ishonch hosil qilishadi. Ushbu muammo mutatsiyaning yuqori ko'rsatkichlari tufayli mikroblarning zamonaviy antibakterial dorilarga tez moslashishi fonida yuzaga keladi. Davolashning o'ziga xos xususiyati, shuningdek yiringli-yallig'lanish o'choqlarini kuratsiya qilishning muhim jihatlari o'zining ijtimoiy ahamiyati tufayli estetik omillardir [131; 68-79 b].

Biz qalqonsimon bez gormonlari va ularning metabolitlarining periferik ta'siriga qiziqamiz. T-3 ning haddan tashqari sekretsiyasi bilan t-3 ning parchalanadigan fermentlari faollashadi, aks holda t-3 gormonlarini yo'q qiladigan diiodinazalar, t-3 ning, patologik (atipik) variantlari hosil bo'ladi, bu, esa o'z navbatida to'qimalarning yangilanishiga salbiy ta'sir qiladi. Yallig'lanish jarayonlarini kuchaytiradi to'qimalarning matoz o'zgarishlari yoki ushbu atipik t-3 shakllarining ta'siriga ko'proq moyil bo'lgan organlar [142; 198-201b].

Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yiringli kasalliklarni jarrohlik davolashning zamonaviy usullari.

Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi tashxisi qo'yilgan bemorlarda yiringli jarayonlarni davolashda asosiy yondashuv jarrohlik usullarini fizik terapiya usullari bilan birgalikda qo'llashdan iborat. Bu yondashuv jarrohlarni samarali tozalash, yallig'lanish jarayonini qisqartirish va tiklanish jarayonini tezlashtirishga qaratilgan bo'lib, bemorning umumiy holatini yaxshilashga yordam beradi. Ultratovush (UZI) va ultrabinafsha nurlanish (UFO) kabi zamonaviy fizik usullar yiringli o'choqlarni mahalliy qayta ishlashda va erta jarrohlik aralashuvlarda qo'llaniladi.

Qandli diabetning yiringli asoratlarini davolashning asosiy tamoyili — bemor hayot faoliyatini optimallashtirishga yo'naltirilgan holda, jarohatni davolash muddatini qisqartirish va tiklanish jarayonining dinamikasini tezlashtirishdan iborat. Ushbu yondashuv nafaqat jarrohlarning tezroq bitishini ta'minlaydi, balki bemorning umumiy hayot sifatini tiklashga yordam beradi.

Biroq, davolash strategiyasini noto'g'ri yoki samarasiz tanlash bemorning umumiy ahvolini sezilarli darajada yomonlashtirishi mumkin. Bu esa xavfli patologiya tufayli hayot uchun jiddiy xavf tug'dirib, hatto o'lim holatlariga olib kelishi ehtimolini oshiradi. Shuning uchun davolash rejasi qat'iy ilmiy va klinik asosda belgilanishi muhimdir. [135; 49-64 b].

Diabet ilk asab tizimining shikastlanishi, qon tomir muammolari bilan birgalikda, toksik bo'qoq hamrohligi fonida sezilarli o'zgarishlarga olib keladi, bu esa yiringli-nekrotik jarayonning rivojlanishiga olib keladi [175; 1-6 b., 58; 47-49 b].

Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet mavjud bo'lganda yiringli-nekrotik jarohatning tekshiruvi natijasida ko'p valentlilik mikroflorasi bemorning oyog'ida 88% gacha bo'lgan aerob-anaerob flora mavjudligi isbotlandi, faqat aerob bakteriyalarning paydo bo'lishi 12% ni tashkil etdi. Qandli diabet mavjud bo'lganda yiringli jarohatda patogen floradan bir zumda xalos bo'lish imkoniyati yo'qligi ochiq yara shakllanishining uzoq muddatli saqlanishiga olib keladi. Ushbu zararni saqlab qolish tufayli shifoxona infeksiyalarini yuqtirish ehtimoli sezilarli darajada oshadi. [38; 22-27 b].

Kasallikning o'tkir bosqichida teri nuqsonlari orqali yumshoq to'qimalarning yiringlash xavfi yuqori bo'lib, bu holat flegmona va artrit kabi jiddiy asoratlarga olib kelishi mumkin. Klinik va biokimyoviy ko'rsatkichlarni noto'g'ri talqin qilish yiringli jarrohlik kasalliklarini davolash uchun noto'g'ri taktikani tanlashga sabab bo'ladi. Bu esa oyoq-qo'llarning chuqur shikastlanishi xavfini sezilarli darajada oshiradi.

Tashxis qo'yishdagi asosiy qiyinchiliklar, birinchi navbatda, jarrohlarning qandli diabet va uning asoratlari haqida yetarli darajada xabardor emasligi bilan bog'liqdir. Bundan tashqari, bunday bemorlarni davolash va

reabilitatsiya qilish bo'yicha aniq algoritmlarning yo'qligi ham muammoni yanada murakkablashtiradi.

Shunday qilib, shifokorlarning qandli diabet mavjudligi sababli yuzaga keladigan yiringli-yallig'lanish jarayonlari haqida yetarli bilimga ega bo'lishi tashxis qo'yish va davolash bosqichlarida xatolardan qochishga yordam beradi. Bu esa bemorlarning asoratlarini oldini olish va davolash samaradorligini oshirishda muhim ahamiyatga ega. [43; 41-52 b].

Izvesk shahridagi jarrohlarning katta guruhi diabet bilan og'rigan bemorlarda varikoz va posttromboflebitik kasalliklarni jarrohlik davolash bo'yicha tajriba bilan o'rtoqlashadi. Agar tashxisda QD bo'lsa, unda surunkali venoz etishmovchilik ularning kombinatsiyasi bilan aniq trofik o'zgarishlar bilan juda og'ir klinik ko'rinish bilan namoyon bo'ladi. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik flebotoniklar va mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydigan dorilar yordamida konservativ davo bilan

amalga oshirildi. Elastik bintlar ehtiyotkorlik bilan tanlangan (LPI bilan 0,9 dan ortiq). Barcha bemorlar glikemik buzilishlarni tuzatdilar. Agar kerak bo'lsa, bemorlar insulin terapiyasiga o'tkazildi. Ushbu patologiya murakkabligini hisobga olgan holda, jarrohlik aralashuvlar har bir bemorga individial yondashgan holda amalga oshirildi va mini-kirish joylaridan kam shikastlandi. Mualliflarning ta'kidlashicha, diffuz toklik bo'qoq va qandli diabetda hamrohligi bilan og'rigan bemorlarni kam shikastli jarrohlik davolashdan foydalanish trofik kasalliklarning oldini oladi va tez shifo beradi, shu bilan kasallikning klinik ko'rinishi va kechishini yaxshilaydi. Patofiziologik gemodinamikani yaxshilashda ushbu bemorlarda mikrosirkulyatsiya yaxshilandi, bu ularning keyingi hayot sifatini sezilarli darajada osonlashtirdi [60, 44-49 b].

Agar ishemiya aniqlansa, diabet bilan og'rigan bemorlar keyingi 6 oy ichida oyoq-qo'llarini yo'qotish alternativasi uchun kelishadi. Pastki oyoq amputatsiyasidan 2 yil o'tgach, bemorlarning 15 foizida tizzadan yuqorisida reamputatsiya, bemorlarning 15 foizida esa ishemianing ko'payishi tufayli qarama – qarshi oyoq amputatsiyasi kuzatiladi [64; 22-24 b].

A. M. Shulutko va boshqalar pastki ekstremitalarning arteriyalarini yo'q qiladigan 142 bemorni davolash natijalarini tahlil qiladilar. Barcha kuzatuvlarda asosiy operatsion usullarni bajarish paytida (mushak tolalari va fastsiyalarning kesishishi, mayda tomirlarning koagulyatsiyasi, asab tolalarini qayta ishlash) App (argonoplazma oqimi) ishlatilgan; koagulyatsiya rejimida intraoperativ qon yo'qotish hajmining sezilarli darajada pasayishi, jarohat asoratlari chastotasi 1,5 baravar, isitma va operatsiyadan keyingi og'riq sindromining tez bartaraf bo'lishi, bir qator klinik ko'rsatkichlarning

yaxshilanishi, shu jumladan bemorlarning kasalxonada qolish muddati qisqarishi qayd etildi [139; 38-44 b].

V. A. Mitish va boshq. (2014) yiringli asoratlar tufayli oyoq-qo'llarning hayotiylik qobiliyatini to'liq yo'qotish holatlarida diabetik osteoartropatiyani davolash uchun ishlatilishi mumkin bo'lgan jarrohlik davolash usulini taqdim etadi. Bemorlarda ikki bosqichli jarrohlik davolashdan foydalanish tufayli infektsiyani umumlashtirish va o'limning oldini olish, tizza bo'g'imini saqlab qolish, reabilitatsiya vaqtini kamaytirish va hayot sifatini sezilarli darajada yaxshilash mumkin [78; 231-246 b].

Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarni davolashning zamonaviy kompleks yondashuvlari oyoq-qo'llarni saqlab qolish uchun yiringli yaralarni davolashning uzoq muddatli natijalarini olish imkonini beradi. To'qimalarda PO_2 40 mm.sim.ust dan yuqori bo'lgan qirralarda kislorodning transkutan kuchlanishining maqsadli qiymatlariga erishishni tiklash. usullarning hech biri "ideal" natijalarni ko'rsatmadi, ammo kompleks davolash keyingi o'rganish uchun eng asosli va istiqbolli hisoblanadi [79; 28-31 b].

Rossiyalik olimlar guruhi tanlangan jarrohlik davolash taktikasining ta'sirini tavsiflovchi, shuningdek, diabet mellitus mavjudligida floraning antibiotiklarga chidamliligi rivojlanish jarayonini qayd etgan ishni taqdim etadi. 2012-2015 yillarda Rossiya Sog'liqni saqlash vazirligi A. Vishnevskiy Vishnevskiy nomidagi jarrohlik institutida 268 bemorning asosiy guruhining biologik materiallarini (jarohat sekretsiyasi, jarohat yuzasidan to'qima izlari, jarohat biopsiyalari, qon, drenaj tizimlarining tarkibi va boshqalar) o'rgangan bir qator tadqiqotlar o'tkazildi. QD, diabetik tovon sindromi, paraendoprotez infektsiyasi natijasida kelib chiqqan pastki ekstremitalarning infektsiyasi, sternum va qovurg'alarning operatsiyadan keyingi surunkali osteomiyelitlari, naychali suyaklarning surunkali shikastlanishdan keyingi osteomiyelitlari, venoz nuqsonlardan kelib chiqqan surunkali jarohatlar, turli xil etiologiyalarning yiringli-nekrotik jarohatlari [132; 63-70 b].

Asosiy guruh bosqichma-bosqich davolash tizimidan o'tdi, va shu bilan birga ambulatoriya sharoitida tekshiruvlar o'tkazildi, keyinchalik jarrohlik aralashuvni amalga oshirish uchun kasalxonaga yotqizildi. Tadqiqot ma'lumotlari diabet kasalligida jarrohlik infektsiyasining asosiy sababi *Staphylococcus aureus* ekanligini isbotlashga yordam berdi. Shuningdek, gr-florani, xususan enterobakteriyani ro'yxatga olishning yillik o'sishi, anaerob florani sezilarli darajadam snibilan qayd etildi. Ushbu guruh odamlarini bosqichma-bosqich davolash asoratlarning rivojlanishiga va kasalxonada infektsiyani qayta yuqtirishga olib keldi, shuning uchun chidamli

shtammlarning umumiy ko'rsatkichlari keskin pasayib, turli xil antibakterial dorilarni qo'llashga imkon berdi.

Shunday qilib, diffuz toksik bo'qoq bilan jarohat jarayonining kursining o'ziga xos xususiyatlari to'g'risida adabiy ma'lumotlarni o'rganayotganda, bu borada juda kam ish borligi aniqlandi. Shu bilan birga, o'tkazilgan tadqiqotlarda qalqonsimon bez gormonlari epidermisdagi regeneratsiya jarayonlarini, fibroblastlardagi proliferatsiya jarayonlarini kuchaytirish, silliq chandiq hosil bo'lishida va teri yarasidagi regeneratsiya jarayonlarini tezlashtirishda ishtirok etishi ko'rsatilgan. Biroq, hujayra fermentlari ta'siri ostida ortiqcha to'planganda, bu gormonlar jarohat jarayoniga salbiy ta'sir ko'rsatadi. Shu bilan birga, diffuz toksik bo'qoq bilan jarohat jarayonining mexanizmlarini o'rganish bo'yicha ko'plab savollar hali ham ochiq qolmoqda. Qandli diabet va diffuz toksik bo'qoq muammolarini o'rganish nafaqat klinik muammolarni hal qilishda yordam beradi, balki katta ilmiy va amaliy ahamiyatga ega bo'ladi.

Rezyume

Adabiyotlarni tahlili shuni ko'rsatadiki, qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda, xususan I va II turdagi diabetda, ko'pincha pastki ekstremitalarda diabetik tomir angiopatiyasi, retinopatiya, nefropatiya va diabetik tovon kabi asoratlarni kuzatiladi. Shu bilan birga, II turdagi diabet bilan og'rigan bemorlarda serebrovaskulyar kasalliklar, jumladan disirkulyatsion ensefalopatiya va o'tkir miya qon aylanishining buzilishi, shuningdek, gipertoniya va koronar arteriya kasalligi kabi yurak-qon tomir tizimining shikastlanishlari ko'proq uchraydi. Ushbu asoratlarni bemorlarning umumiy hayot sifatini pasaytirib, davolash va profilaktik choralarini yaxshilash zaruratini taqozo etadi.

QD mavjud bo'lganda, organizmning barcha tomirlarda o'zgarishlar kuzatiladi. Mikroangiopatiya kabi kasalliklar I va II turdagi QD bilan kasallangan bemorlarning 100 foizida qayd etiladi. Ushbu holatlarning 30% dan ortig'i yiringli-nekrotik asoratlarni bilan birga keladi. Qonda glyukozaning doimiy ravishda ko'payishi tufayli ko'z, buyrak, asab, yurak va qon tomirlari kabi organlarda turli xil o'zgarishlar kuzatiladi. QD asoratlarning erta rivojlanishiga va bemorlarning nogironligiga olib keladi. Eng xavfli oqibat diabetik tovon sindromidir. Bemorlar oyoqlaridagi jarohatlardan og'riqni sezmaydi, ular bitmaydigan yaralarga aylanadi, bu gangrenaga va oyoq-qo'llarining amputatsiyasiga olib kelishi mumkin.

Bugungi kunda jahon sog'liqni saqlash hamjamiyatida diabet muammosi asosiy muammolardan biri hisoblanadi. Yigirma yil avval qandli diabet bilan kasallanganlar soni atigi 130 million kishini tashkil etgan bo'lsa, bugungi kunda bu ko'rsatkich sezilarli darajada oshib, 366 million nafarga yetgan. Bu esa dunyo aholisining taxminan 7 foiziga teng bo'lib, kasallikning 50 foizi asosan 40-60 yosh oralig'idagi insonlarni qamrab oladi. Ushbu statistika qandli diabet tarqalishining jadallik bilan ortib borayotganini va uning asosan ishga layoqatli yoshdagi aholiga ta'sir ko'rsatayotganini ko'rsatadi. Bu esa asosiy mehnatga layoqatli kontingent hisoblanadi.

XDF ma'lumotlariga ko'ra, 2030 yilga kelib qandli diabet bilan kasallanishning o'sish prognozi 50 foizga o'sishi va 552 million kishini tashkil qilishi mumkin.

Bu sayyoramizning har o'ninchi odamida ushbu patologiyani paydo bo'lishidan dalolat beradi. Bundan tashqari, "metabolik sindrom" va ortiqcha vazn muammolari bo'lgan aholi sonining yuqori o'sishi qayd etildi. Ushbu bemorlar guruhining soni 400 milliondan oshadi va 2030 yilga kelib qariyb 800 millionga etadi. Ushbu toifadagi "shartli ravishda sog'lom" odamlar orasida har yili QD holatlarining taxminan 15% qayd etiladi. Skrining

natijalariga ko'ra – 2015-2016 yillarda O'zbekiston Respublikasining Toshkent, Xorazm va Qashqadaryo viloyatlari shahar va qishloq joylarida 35 yoshdan oshgan aholi orasida II turdagi qandli diabetning tarqalishi 7,9 foizni, glyukoza bardoshliligi buzilishi 4,4 foizni, och qoringa glikemiya buzilishi 1,4 foizni tashkil etdi. Ortiqcha vazn va semirishning tarqalishi nafaqat uglevod almashinuvi buzilgan shaxslar orasida, balki sog'lom shaxslar orasida ham kuzatilmoqda. Respublika aholisining 35% dan ortig'i turli darajadagi semizlikdan aziyat cheksa, ushbu aholining 70% keyingi 10 yil ichida yurak-qon tomir kasalliklari rivojlanish xavfi ostida qolishi bashorat qilinmoqda.

II BOB. TEKSHIRUV MATERIALLARI VA DAVOLASH USULLARI

§ 2.1. Bemorlarning klinik xususiyatlari

Buxoro davlat tibbiyot instituti klinik bazasida joylashgan yiringli jarrohlik bo'limida 2016-2022 – yillarda davolangan endemik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonidagi turli etiologiyali yumshoq to'qimalarning yiringli jarohatlari bilan og'rigan 104 nafar bemorni tekshirish va davolash ma'lumotlari tahlil qilindi.

Barcha bemorlar davolash usullariga qarab 3 guruhga bo'lindi.

1-guruhda endokrin kasalliklarsiz yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan an'anaviy davolash usullari bilan davolangan 56 nafar bemorlar kiritilgan.

2-guruhda diffuz toklik bo'qoq va qandli diabetning kombinatsiyalangan fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan an'anaviy jarrohlik davolash usullari bilan davolangan 21 nafar bemorlar kiritildi.

3-guruhda diffuz toklik bo'qoq va qandli diabetning hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan kasallangan 27 nafardan bemorlarda an'anaviy davolashga qo'shimcha ravishda minerallar, uglevod, oqsil, garmon almashinuvi va mikrosirkulyator buzilishlarini korrektsiya qilish yo'li bilan davolangan bemorlar kiritildi.

Davolash jarayonida barcha bemorlarda klinik – labartor tekshiruvlar bilan bir qatorda sitologik tadqiqotlar o'tkazildi. Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, 3- guruhdagi bemorlarda 1-2- guruh bemorlardan farqli o'laroq an'anaviy davolash usullariga qo'shimcha ravishda minerallar, uglevod, oqsil, garmon almashinuvi va mikrosirkulyator buzilishlarini korrektsiya qilish yo'li bilan davolandi.

Tekshirilayotgan bemorlarning guruhlarga bo'linishining bunday tartibi bizga, ko'zga tutilgan maqsadga erishish uchun hal qilinishi kerak bo'lgan bir qator muammolarni aniqlash imkonini berdi, ya'ni:

- yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan, diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet fonidagi endokrin patologiyasi bo'lmagan bemorlarni taqqoslash bilan alohida kechish xususiyatlarini aniqlash;

- og'ir kechish sabablariga ko'ra toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonidagi yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarida, ushbu toifali bemorlarda moddalar almashinuvini muvozanatlashtirishning optimal ko'rinishini ishlab chiqishga imkon berdi. (jadval. 2.1).

Jadval 2.1 Davolash usullariga asoslanib bemorlarni taqsimlanishi

Yumshoq to'qimalar yiringli jarohati bo'lgan bemorlar guruhi	Davolash usuli:
I –guruh endokrin kasalliklarisiz, yumshoq to'qimalar yiringli jarohati bo'lgan bemorlar (n= 56)	An'anaviy jarrohlik usulida
II – guruh diffuz toklik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalar yiringli jarohati bilan kasallangan bemorlar (n=21)	An'anaviy jarrohlik usulida
III – guruh diffuz toklik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalar yiringli jarohati bilan kasallangan bemorlar (n=27)	An'anaviy jarrohlik usulida + izdan chiqqan moddalar almashinuvi va mikrosirkulyatsiyani korreksiya qilish (Kleksan + Vessel® Due F)

Yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklarida barcha bemorlar tegishli premedikatsiyadan so'ng operatsiya maydoni uch marotaba antiseptik eritmada tozalanadi. Mahalliy og'riqsizlantirish maqsadida 64 (61,5%) nafar bemorlarda 0,5% novokayin eritmasi qo'lanildi. 40 (38,4%) bemorlarda umumiy vena ichi anezteziyasi usuli qo'lanildi. Jarohat 3 % li perekis vodorod eritmasi, 0,02 % li furatsilin eritmasida yuvib tozalandi va nekroektomiya amaliyoti bajarildi mahalliy davolashda 25 % li dimetilsulfat eritmali dokali boylam levomikol mazi malhami qo'llanildi.

Barcha bemorlarda jarohatgi yiringli ajralmasidan mikroorganizmlarga sezgirliги hisobga olinib, tizimli antibiotikoterapiya, dezintoksikatsion davolash va shuningdek simptomatik davolash o'tkazildi.

I-II – guruhlardan farqli o'laroq III – guruhdagi bemorlarda yuqoridagi an'anaviy kompleks davolashda qo'shimcha ravishda moddalar almashuvini buzilishlari ya'ni, minerallar, uglevodlar, oqsil almashuvi, garmonal buzilishlar va mikrotsirkulyator buzilishlarini tiklash usullari (Kleksan + Vessel® Due F) bilan jarrohlik davolash taktikasi to'ldirildi.

Mineral moddalar almashinuvi buzilishlarini tuklash maqsadida mineral eritmalar (disol, trisol, kaliy-magniy asparaginat 200,0 ml) buyurildi. Oqsil almashinuvi buzilishlarini yaxshilash uchun aminokislotalarning oqsil vositali aminokislotalar (infuzol, quamin, 200,0 ml) qo'llanildi. Uglevod almashinuvini yaxshilashda gipoglikemik dori vositalari (ko'rsatmalarga muvofiq insulin terapiyasi) yordamida amalga oshirildi. Mikrosirkulyator buzilishlarini meyorlashtirishda qon tomirlarini kengaytiruvchi va qon reologik holatini

yaxshilaydigan dori vositalari qo'llanildi (latren 200,0 ml, kurabtil kuniga 1 tab x 3 mahal, trental, geparin).

Metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun (ksilitol - 200,0 ml v/i; Berlition 600 birlik v/i yoki dialipon 300 mg), shuningdek, tireostatiklar (ko'rsatma bo'yicha merkazalil, tirozol) va endokrinolog bilan birgalikda ish olib borildi.

1963 yilda Kievda Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining mintaqaviy seminarida qabul qilingan yosh guruhlari tasnifiga ko'ra barcha bemorlar jinsi va yoshi bo'yicha bo'lingan. (83; 24 – 30 betlar). 2,2-jadvaldan ko'rinib turibdiki, I guruhda 17 yoshdan 80 yoshgacha bo'lgan 53 (66,2%) erkaklar va 27 (33,8%) ayollar (o'rtacha yoshi $49,6 \pm 2,4$ yil).

II – guruhda - 17 yoshdan 75 yoshgacha bo'lgan 71 (68,2%) erkaklar va 33 (31,7%) ayollar (o'rtacha yoshi $47,1 \pm 1,9$ yosh).

Bemorlarning ko'pchiligi (80%) eng mehnatga layoqatli yoshda, ya'ni 20 yoshdan 50 yoshgacha. Bemorlarning asosiy va nazorat guruhlarida yiringli jarohatlar maydoni o'rtacha $56,3 \pm 4,66 \text{ mm}^2$ ni tashkil etdi.

Jadval 2.2 Bemorlarni jinsi va yoshi bo'yicha tavsiflash

Guruhlar	Yoshi										Hammasi
	19 yoshgacha		20-44 yosh		45-59 yosh		60-74 yosh		75 yosh va yuqori		
	erkak	ayol	Erkak	ayol	erkak	ayol	Erkak	Ayol	erkak	Ayol	
I	2	0	7	5	22	14	4	1	1	0	56
II	1	0	2	1	11	3	2	1	0	0	21
III	1	1	3	1	12	4	2	2	1	0	27
Hammasi	5 (4,8%)		19 (18,2%)		66 (63,4%)		12 (11,5%)		2 (1,9%)		104

I- guruhdagi 56 nafar bemorning 39 nafarida (69,6%) yiringli jarrohlik kasalliklaridan so'nggi yumshoq to'qimalarnin yiringli jarohatlari ,xuddi shinday flegmona, xo'ppoz, yiringli gematoma, yotoq jarohatlari, yiringli oqmalar, 17 nafarida (30,4%) operatsiyadan keyingi yiringli jarohatlar bo'lgan bemorlar.

II-guruhda 21 nafar bemorning 14 nafarida (66,6%) yumshoq to'qimalarning turli yiringli jarrohlik kasalliklaridan so'ng yiringli jarohatlar, 7

nafarida (33,4%) turli operatsiyalardan so'ng operatsiyadan keyingi jarohatlar aniqlangan.

III- guruhda 27 nafar bemorning 17 nafarida (62,9%) yumshoq to'qimalarning turli yiringli jarrohlik kasalliklaridan so'ng, 10 nafarida (37,1%) turli operatsiyalardan so'ng yiringli jarohatlar aniqlangan.

Klinik ko'rinishning batafsil tahlillari va bemorlarning har bir guruhini o'rganish natijalari dissertatsiyaning tegishli boblarida keltiriladi.

§2.2. Bemorlarni davolashda qo'llaniladigan vositalar va usullar

I va II guruh bemorlarida, qabul qilingan kuni yiringli o'choqni ochish, uning ichki bo'shlig'ini 3% vodorod peroksid eritmasi bilan antiseptik ishlov berish va keyinchalik levomekol malhami bilan aseptik bog'lam qo'yish ishlari amalga oshirildi. Mikrofloraning antibiotiklarga sezgirligi hisobga olingan holda, yiringli jarohatlarni davolashning asosiy tamoyillari va tizimli antibiotik terapiya o'tkazildi. Buning natijasida jarohatdagi bog'lamlar kuniga ikki marta almashtirildi.

III-guruh bemorlari uchun qabul qilingan kuni an'anaviy davolash usuli darhol qo'llanildi, shundan so'ng etiopatogenetik asoslangan davolash tadbirlari amalga oshirildi. Ushbu yondashuv endokrinologik patologiyalarni, jumladan mineral, uglevod, oqsil almashinuvi, gormonal buzilishlar va mikrosirkulyatsiya bilan bog'liq muammolarni hisobga olib tuzilgan.

Biroq, mineral, uglevod, oqsil va gormonal metabolizmning buzilishi, shuningdek, jarohat to'qimalarida qon aylanishining tiklanishi bo'yicha qo'shimcha o'rganish zarurati aniqlandi. Bunda quyidagi yo'nalishlarga e'tibor qaratildi:

- Diffuz toksik bo'qoq bilan bog'liq holda: mineral, uglevod va oqsil almashinuvining buzilish darajasi va jarohat to'qimalarida qon aylanishining buzilishi ko'rsatkichlarini o'rganish.
- Qandli diabet bilan birga kechuvchi kasalliklar kontekstida: jarohat to'qimalarida mineral, uglevod, oqsil va gormonal almashinuv buzilishlarini, shuningdek, qon aylanishining buzilishi darajasini chuqur tahlil qilish.

Mazkur yondashuvlar asosida bemorlarni samarali davolash va ularning tiklanish jarayonini tezlashtirishga qaratilgan aniq klinik choralar belgilandi.

Yuqoridagi masalalarni hal qilish uchun K⁺, Ca⁺, Na⁺ mineral almashinuvi, uglevod almashinuvi, qondagi qand , T3, T4, TTG gormonlari, oqsil almashinuvi (qondagi umumiy oqsil, Mazurikga bo'yicha BK) ko'rsatkichlarini o'rganish uchun laboratoriya tahlili o'tkazildi. Jarohat to'qimalari atrofidagi qon aylanishining darajasi transkutan kislorod

monitoringi qurilmasi yordamida to'qimalarning kislorod bilan to'yinganligini (PO_2) aniqlash orqali o'rganildi (Radiometer, Daniya. 2.2-rasm).

Transkutan oksimetriya texnikasining mohiyati quyidagilardan iborat: monitorni tayyorlashdan (kalibrlashdan) so'ng, elektrod yopishqoq fiksator bilan jarohat chetining terisiga mahkamlanadi, bu erda birinchi marta kontaktli suyuqlik tomchisi qo'yiladi.



Rasm. 2.2. Transkutan oksimetrning umumiy ko'rinishi.

Isitish elementi tomonidan ishlab chiqarilgan issiqlik, kumush anod orqali teriga o'tkaziladi. Issiqlik qon tomirlarining mahalliy kengayishini keltirib chiqaradi va shu bilan terining kislorodga o'tkazuvchanligini oshiradi natilada jarohat to'qimalarida kislorod bosimi bir necha daqiqa davomida monitorda ko'rsatiladi.

Kislorodning zichligini teri orqali o'lchash, taxminan 60 mm.sm.ust. bo'lgan transkutan kislorod zichligini aniqlash imkonini beradi. Jarohat to'qimalarining ishemiyasining chegarasi qisman 30 mm sm. ust ga teng qisman bosimdir. Kislorod bilan to'yinganlik darajasini bilib, Jarohatni davolash imkoniyatini taxmin qilish mumkin. PO_2 qiymati 20 mm sm. ust. dan past. aniq to'qima gipoksemiyasini va jarohat maydonini davolash uchun jarohatga qo'shni to'qimalarning qon oqimini yaxshilashga qaratilgan muolajalar zarurligini ko'rsatadi.

§2.3. Klinik laboratoriya va instrumental tadqiqot usullari

Jarayonning umumiy va mahalliy namoyon bo'lishi, ushbu jarohatni ob'ektiv baholash sub'ektiv ko'rsatkichlar bo'yicha amalga oshirildi (jarohatdagi ajralma tabiati, infiltratning so'rilishi, jarohat qirralarining holati, granulyatsiya to'qimalarining rivojlanishi va epitelizatsiya) va ob'ektiv

belgilarga ko'ra (tana harorati, qonning umumiy klinik taxlili, leykotsitlarning intoksikatsiya indeksi, qon zardobida o'rta molekulyar peptidlar kontsentratsiyasi, jarohat ajralmasidagi ph, M.F.Mazurik (1984) bo'yicha PK ni hisoblash), jarohat yuzasi maydoning kamayish foizi, jarohatni bitish tezligi, bakteriologik va sitologik tadqiqotlar.

Leykotsitlar intoksikatsiya indeksi (LII) Ya.Ya Kalf-Kalif (1927) formulasi bo'yicha hisoblab chiqilgan.

$$LII = \frac{(4Mi + 3YoN + 2Tya + S)(Ph + 1)}{(L + Mo)(E + 1)}$$

bu erda LII - Leykotsitlar intoksikatsiya indeksi; Mi-miyelotsitlar; YoN-yosh neytrofillar; *Tya* -tayoqcha yadroli neytrofillar; S-segmentli neytrofillar; Ph-plazmatik hujayralar; L-limfotsitlar; Mo-monotsitlar; E-eozinofillar.

Jarohatning bitish tezligini baholash uchun L.N.Papova (1942) tomonidan taklif qilingan usul tanlandi. Ushbu usulning mohiyati quyidagilardan iborat: jarohat zararsizlantiruvchi shaffof qobiq bilan qoplanadi, uning ustidan jarohat chegaralari belgilab olinadi. Olingan tasvir jarohat maydonini matematik aniqlik bilan jarohatning bitish tezligini aniqlash uchun millimetrli qog'ozga ko'chirib o'tkaziladi. Ushbu tekshirish usuli kun aro takrorlanadi va jarohat maydonining bitish tezligini baholash nisbati ulushi, jarohat yuzasini oldingi o'lchovga nisbatan quyidagi formula bo'yicha hisoblanadi:

$$S = \frac{(S - S_n) \cdot 100}{S \cdot t}$$

bu erda S - oldingi o'lchovdagi jarohatning maydoni; S_n -hozirgi jarayonda jarohat maydonining qiymati; t - birinchi va keyingi o'lchovlar oralig'dagi kunlar soni.

Mikrobiologik tahlil jarohat infeksiyasini, shuningdek, uning turli antibiotiklarga sezuvchanligini sifat va miqdoriy baholash bilan jarohatdan suyuqligi namunalarini olish yo'li bilan amalga oshirildi.

Bakteriologik ifloslanish natijalarini tahlil qilish (koloniya hosil qiluvchi birliklarda, KHQ/g yoki mt/g to'qimalarda) V.V. Menshikov (2009) usuli bo'yicha amalga oshirildi.

Jarohat jarayonining ehtimoliy koeffitsienti (EK) M.F.Mazurik (1984) formulasi bilan aniqlangan:

$$BK = \frac{ZUO \text{ (zardobdagi umumiy oqsil)}}{JAUO \text{ (jarohat ajralmasidagi umumiy oqsil)}}$$

Barcha bemorlarda jarohat eksizyonining Ph – ko'rsatgichi (ph – metriyasi) lenta usuli yordamida dinamikada o'lchandi. Endogen intoksikatsiya darajasi o'rta molekulyar og'irlikdagi peptidlar (O'MM) hajmi (darajasi), 210 nm to'lqin uzunligidagi spektrometriya bilan baholandi.

Namunadagi gipofiz TTG konsentratsiyasi Roche fotometridagi fon namunasiga nisbatan 450 nm da o'lchandi. TTG tarkibi avtomatik ravishda kalibrlash egri chizig'idan aniqlandi va mIU / l da o'lchandi. Qon zardobidagi TTG qon zardobidagi konsentratsiyasi miqdori - 0,4 - 4,2 mIU / l.

Tiroksin (T4) va triyiodtironin (T3) qon zardobida ("Hoffmann-La Roch" Shveytsariya), yarim avtomatik immunoferment usuli orqali o'rganildi.

Tadqiqot davomida T4 ning umumiy darajasi aniqlandi, chunki 99,9% hollarda u tiroksinni bog'laydigan prealbumin bilan birlamchi bog'langan shaklda aylanadi.

Sog'lom odamlarda T4 tarkibida 90% protein bilan bog'langan yod mavjud. T4 ni aniqlash T-4 EIA Cobascore to'plami," Hoffmann-La Roch" (Shveytsariya) to'plami yordamida amalga oshiriladi.

Qon plazmasidagi Na⁺, K⁺, Ca⁺ miqdori spektrofotometrik usulda analizatorida aniqlandi.

§2.4. Sitologik tadqiqot o'tkazish metodologiyasi

Sitologik bo'yash M.P. Pokrovskiy, shuningdek, M. S. Makarov (1942) usulida amalga oshirildi. Nekrotik qobiq ajratilgandan so'ng va farmatsevtik qo'shimchalardan xalos bo'lgandan so'ng, xuddi shu joydan 2-3 surtma amalga oshirildi. Jarayonning dinamikasini aniq tushunish uchun hujayra tarkibi 100 yoki undan ko'p, preparatning turli joylarida 250-300 hujayragacha bo'lgan foizlarda ifodalangan (M.I. Kuzin, 1990). Preparatni Ramonovski-Giemza bo'yicha bo'yash.

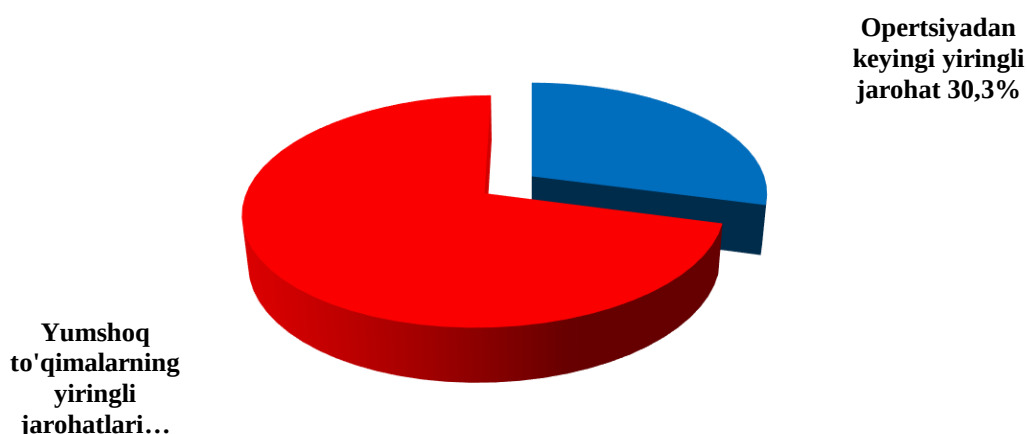
Ushbu natijalarni matematik qayta ishlash variatsion statistika usullari bilan amalga oshirildi. O'rtacha arifmetik qiymatni (M), uning xatosini ($\pm m$), 95% ishonch oralig'ini CI, Styudent t-testini (t) turli ahamiyatlilik darajalarini (P) aniqlash uchun o'zgaruvchanlik statistikasi usuli qo'llanildi. Natijalar $P < 0.05$ da muhim deb hisoblandi.

Hisob-kitoblar Pentium-4 kompyuterida Microsoft Excel - 2013 elektron jadval dasturlari muhitida o'rnatilgan variatsion statistika funksiyalaridan foydalangan holda amalga oshirildi.

III BOB. ENDOKRIN KASALLIKLARSIZ YUMSHOQ TO'QIMALARNING YIRINGLI JARROHLIK KASALLIKLARINI AN'ANAVIY DAVOLASH NATIJALARI (I - gr.)

§3.1. Endokrin kasalliklarsiz yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni an'anaviy davolash samaradorligi

I guruhga yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan og'rigan jami 56 nafar bemor kiritilgan. Ushbu bemorlarning 39 nafari (69,7%) turli etiologiyaga ega yumshoq to'qimalardagi yiringli jarohatlardan, qolgan 17 nafari (30,3%) esa operatsiyadan keyingi yiringli jarohatlardan aziyat chekkan. Qabul qilingan vaqtda barcha bemorlarning jarohatlari yiringlash jarayonining birinchi bosqichida bo'lgan. Shu kuni barcha bemorlarning yiringli o'choqlari jarrohlik yo'li bilan ochilib, tegishli davolash amaliyotlari amalga oshirilgan.

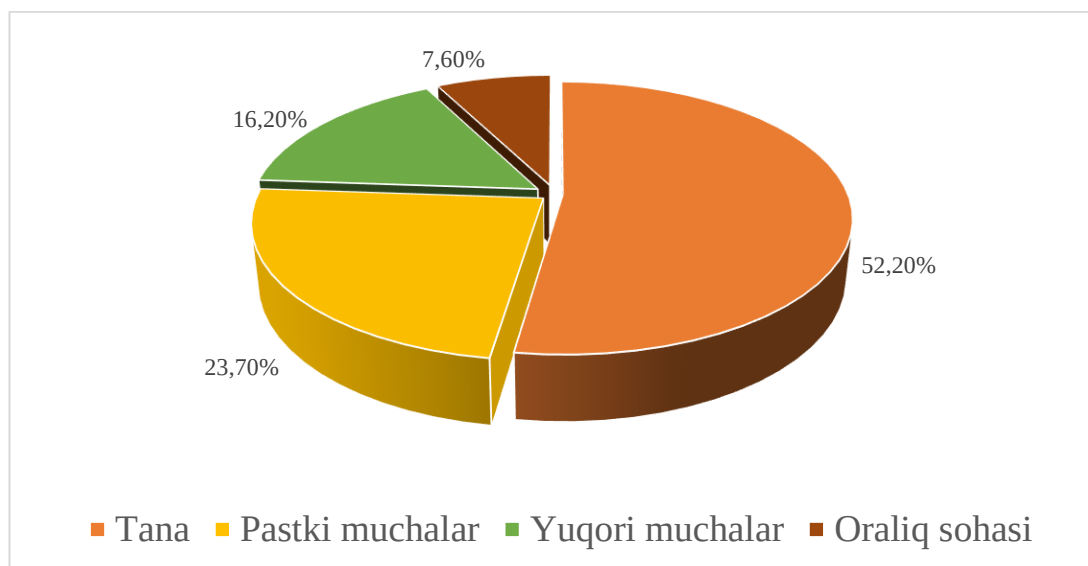


3.1 - rasm. I-guruhda bemorlarning etiologik omillar bo'yicha taqsimlanishi.

Qabul qilingan bemorlarning umumiy ahvoli, aksariyat hollarda, o'rtacha og'irlikda edi. Klinik va laboratoriya diagnostikasi ma'lumotlariga asoslanib, eng ko'p uchraydigan holatlar: taxikardiya, qondagi leykotsitlar darajasining oshishi, tana haroratining ko'tarilishi, terining rangparligi, harakatchanlikning pasayishi, qonda EChT darajasining oshishi. Bundan tashqari, jarohat sohasidagi to'qima tarkibiy tuzilishining mahalliy o'zgarishlar aniqlandi: to'qimalarning infiltratsiyasi, shishishi va giperemiya. Palpatsiyada sezilarli og'riq bo'ldi. Bunga parallel ravishda, operatsiyadan keyin yiringli asoratlari bo'lgan bemorlarda, jarohatdagi tikuv iplari olib tashlashda. Jarohatdan ko'p miqdorda yiringli oqmalar ajraldi.

Operatsiyadan keyingi 17 nafar bemordan, 10 nafari (58,8%) Buxoro shahri va Buxoro viloyati tumanlaridagi boshqa turli tibbiyot shifoxonalariga yotqizilgan.

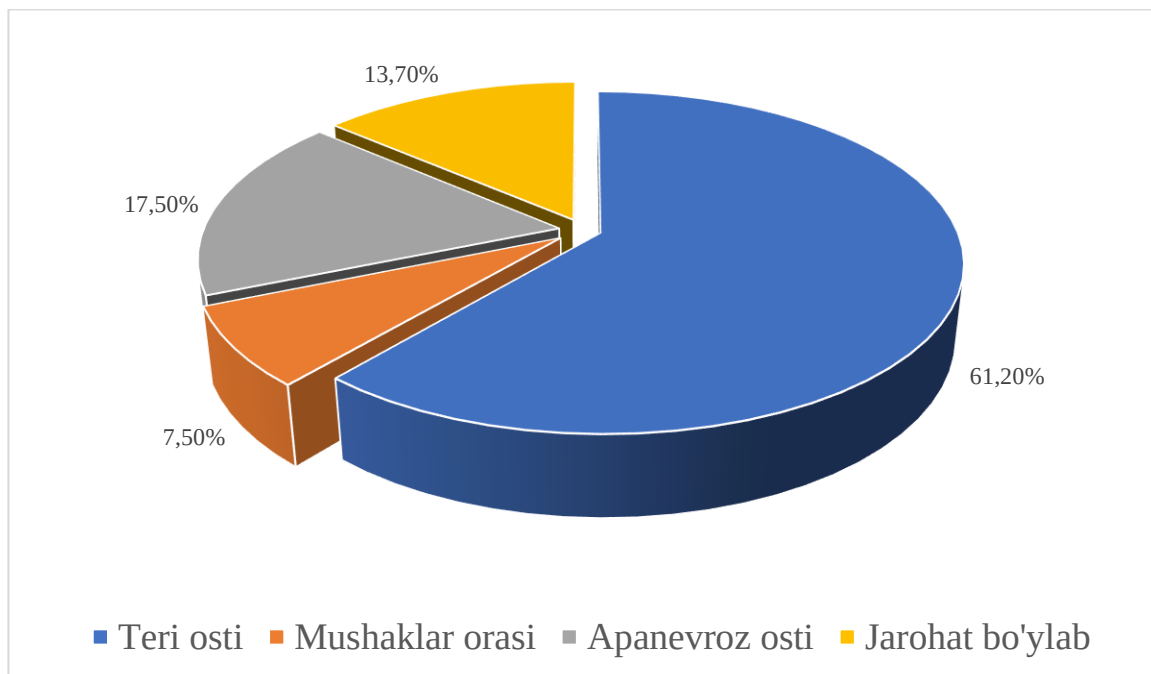
Qolgan 7 nafar (41,2%) bemorga klinikamizning jarrohlik bo'limlarida turli operatsiyalar o'tkazildi. Bemorlarning 80% dan ortig'i kasallikning boshlanishidan boshlab 3-10 kun ichida qabul qilingan. Bemorlar ko'pchiligida yiringli jarohatlar joylashgan soha: tanada - 42 (52,5%), pastgi muchallarda - 19 (23,7%), yuqorigi muchallarda - 13 (16,2%), oraliq sohasida - 6 (E). (3.2-rasm).



3.2 - rasm. I -guruh bemorlarda yiringli jarohatlar joylashuvi bo'yicha taqsimlanishi.

Qabul qilingan kuni kelgan yiringli jarohatlari bo'lgan bemorlarda yiringli jarayonning teri osti lokalizatsiyasi 35 (62,5%) holatda aniqlandi. 4 (7,1%) holatda yiringli jarayonning muskullararo joylashuvi aniqlandi va bemorlarda asosan pastko muchallarning yiringli jarohatlari kuzatildi. Aponevroz osti lokalizatsiyasi 10 (17,8%) holatga, 7 (12,5%) holatda esa yiringli jarayon butun jarohat yo'llari bo'ylab tarqalgani kuzatildi (3,3-rasm.).

Operatsiyadan keyingi jarohatlari bo'lgan barcha bemorlar jarohatidagi jarayonining birinchi bosqichida qabul qilindi.



3.3 - rasm. I-guruh. bemorlarining jarohatdagi yiringni tarqalishi bo'yicha taqsimlanishi

Qabul qilingan kuni yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan barcha bemorlarga shoshilinch ravishda yiringli o'choqni ochish va yiringli bo'shliqni antiseptik 3% vodorod peroksid eritmasi bilan sanitariya qilish operatsiyasi o'tkazildi. Jarohat quritgandan so'ng, kuniga 1 marta levomekol malhami va 25% dimetilsulfoksid eritmasi bilan namlangan aseptik dokali boylam qo'llanildi. Operatsiyadan keyingi yiringli jarohatda yondashuv esa, yiringli jarohatdagi tikuv choklarini olib tashlash bo'ldi: yiringli jarohatlarni davolashning asosiy tamoyillari mikrofloraning sezgirligini hisobga olgan holda tizimli antibiotik terapiyasi amalga oshirish.

Shuni ta'kidlash kerakki, operatsiyadan keyingi yiringli jarohatni davolash va xuddi shunday yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan bemorlarni keyingi davolash taktikasi bir xilda o'xshash edi.

§3.1.1. Jarohatda klinik va laboratoriya jarayonining dinamikasi va yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolash natijalari.

3.1-jadval Yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan bemorlarda intoksikatsion ko'rsatgichlarni dinamik kuzatuvi I – guruh qiyoslash (n=56)

Ko'rsatgichlar	Qabul kuni	3 kun	5 kun	7 kun
----------------	------------	-------	-------	-------

Tana harorati -t ⁰ si	38,6±0,07	37,5±0,07** *	36,7±0,04** *	36,1±0,06**
L-qonda ×10 ⁹ /l	8,7±0,39	7,4±0,28**	6,5±0,41	5,9±0,36
O'MM (bk)	0,222±0,008	0,147±0,008 ***	0,106±0,005 ***	0,086±0,007**
LII (bk)	2,7±0,12	1,8±0,06***	1,1±0,05***	0,8±0,04***
EChT (mm/s)	49,4±1,80	37,1±1,65** *	27,3±1,63** *	13,4±0,88***

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - $P<0,05$; ** - $P<0,01$; *** - $P<0,001$).

Jadvalda keltirilgan ma'lumotlarga asoslanib, davolanishning birinchi kunida tana harorati 38,6±0,28 °S oralig'ida o'zgarganligini ko'rish mumkin. Umumiy qon tahlilida leykotsitlar miqdori o'rtacha 8,7±0,42x10⁹/l birlikda. O'rta molekulalarning hajmi 0,222±0,018 birlik oralig'ida o'zgargan. EChT va LII ning oshishi ham kuzatildi.

Davolanish boshlanganidan 3 kun o'tgach, bemorlarda harorat 39,3 ± 0,28 ° S dan biroz pasaygan. Umumiy qon tahlilida leykotsitlar tarkibi o'rtacha 7,4±0,28 x 10⁹/l birlik. O'rta molekulalarning hajmi 0,147±0,008 birlik oralig'ida o'zgargan. Shuningdek, EChT (37,1±1,65) va LII (1,8±0,06) ning pasayishi kuzatildi.

Yumshoq to'qimalarning yiringli-yallig'lanish jarayonlari bilan qiyosiy guruhda davolashning 5-kunida 36,7±0,14°S oralig'ida engil subfebril harorat kuzatilgan. Intoksikatsion ko'rsatkichlarining barcha turlari asta-sekin me'yorga yaqin kamaydi, asosan, L-6,5±0,32×10⁹, O'MM-0,106±0,007, EChT-27,3±1,33 va LII-1,1±0,07. Davolashning 7-kuniga kelib, bu ko'rsatkichlarning pasayishiga qaramay, ular hali ham me'yordan yuqori edi.

Davolash jarayoninig 10-kuniga kelib, EChTdan tashqari, barcha intoksikatsiya ko'rsatkichlari normal diapazonda edi.

Ushbu guruhdagi bemorlarda jarohatning Ph-muhiti bemorlarni qabul qilish vaqtida atsidoz belgilari bilan ancha past bo'lib, 4,3±0,18 ni tashkil etdi. Jarohat muhitidagi ekssudatning oqsil miqdori 60,2±1,60 g/l. Ehtimoliy koeffitsient o'rtacha 1,1±0,03 birlikni tashkil etdi.

Davolanishning 3-kunida jarohatning Ph-muhiti 4,8±0,22 ni tashkil etgan bo'lsa, sutkalik jarohat yuzasining qisqarish foizi 1,2±0,03% ni tashkil etdi. Ekssudatli oqsil ulushi o'rtacha 55,1±2,26g/l, qonda 68,3±2,66g/l. Mazurik bo'yicha ehtimoliy koeffitsient 1,2±0,04 edi. Davolash boshlanganidan 5-kunida kelib jarohatning Ph-muhiti 5,4±0,24 ni tashkil etdi,

bu atrof-muhitning normallashuv tendentsiyasini ko'rsatdi. Jarohat maydonining qisqarish foizi kuniga $2,8 \pm 0,09\%$ gacha ko'tarildi. Bu davrda ehtimoliy koeffitsient o'rtacha $1,4 \pm 0,04$ birlikka teng bo'ldi. (3.2-jadval).

Davolashning 7-kunida ehtimollik koeffitsient $1,6 \pm 0,06$ ni tashkil etdi, jarohat joyi maydoni esa $2,9 \pm 0,11\%$ ga kamaydi. Jarohatning ph-muhiti $6,8 \pm 0,26$ edi. Faqat 10-kunga kelib jarohatning Ph-muhiti neytral bo'lib, kuniga jarohat yuzasining qisqarish foizi $3,9 \pm 0,18\%$ ni tashkil etdi.

Shu bilan birga, jarohat bo'shlig'idan ekssudatni chiqarish jarayoni to'xtadi, bu jarohat kechish jarayonining I-bosqichdan II- bosqichga o'tishini ko'rsatdi.

Jadval 3.2 Bemorlarda jarohatning bitish tezligi va biokimyoviy ko'rsatkichlarni dinamikada kuzatish, I – guruh taqqoslash (n=56)

Ko'rsatkichlar	Qabul kuni	3 kun	5 kun	7 kun
Jarohat PH muhidi	$4,3 \pm 0,18$	$4,8 \pm 0,22$	$5,4 \pm 0,24^*$	$6,8 \pm 0,26^{**}$ *
% jarohat yuzasi qisqarishi	0	$1,2 \pm 0,04^*$ **	$2,8 \pm 0,09^*$ **	$3,3 \pm 0,11^{**}$
Jarohat ekssudati oqsili (g/l)	$60,2 \pm 1,20$	$55,1 \pm 2,26$	$47,8 \pm 2,08$ *	$45,1 \pm 2,1$
Qondagi umumiy oqsil	$61,6 \pm 2,72$	$68,3 \pm 2,66$	$69,4 \pm 2,60$	$71,8 \pm 2,7$
Mazurik bo'yicha BK	$1,1 \pm 0,03$	$1,2 \pm 0,04$	$1,4 \pm 0,04^*$	$1,6 \pm 0,06^*$

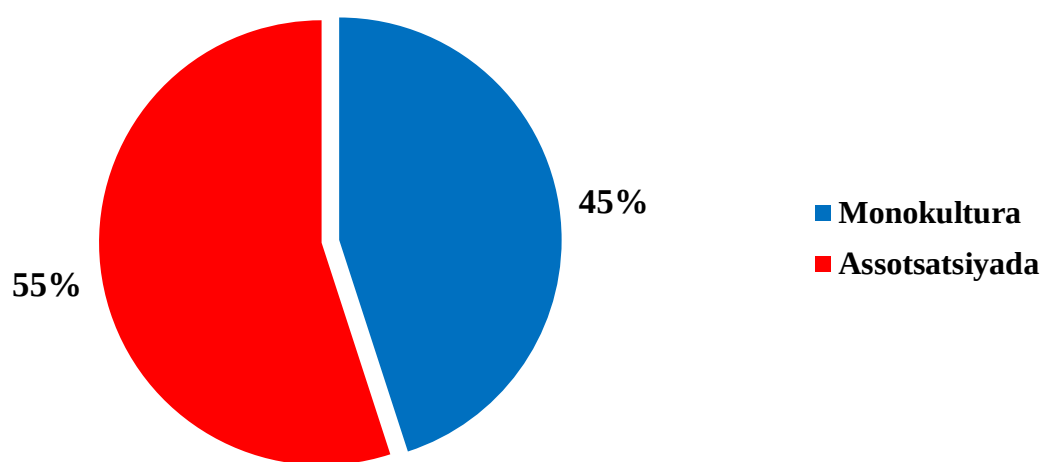
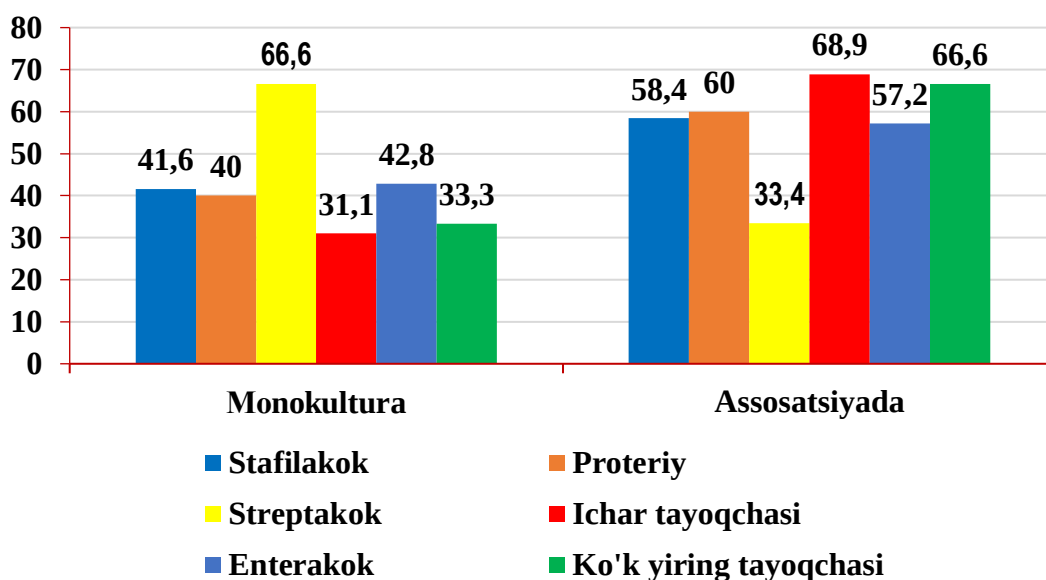
Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$)

Jarohatning kechishini baholash mezonlari orasida muhim omillar sifatida mikroblar bilan ifloslanish darajasini, mikrofloraning tur tarkibini aniqlash hamda jarohatning tozalash vaqtini baholash alohida ajratib ko'rsatilgan. I-qiyoslash guruhidagi yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan og'riqan bemorlarida infektsiyali jarohatdan olingan ekssudatdan ekilgan mikrofloraning tur tarkibi 3.4-rasmda keltirilgan.

Tahlillar shuni ko'rsatdiki, 37 ta (44,8%) bemorlarda patogen stafilokokklar aniqlangan. Ushbu stafilokokklardan 16 tasi (42,7%) kulturalar

shaklida, 21 tasi (59,5%) esa uyushmalar (ko'p turdagi mikroorganizmlar birikmasi) tarkibida aniqlangan. Ushbu ma'lumotlar mikroblar tarkibini to'g'ri baholash va davolash taktikalarini aniq belgilash uchun muhim ahamiyatga ega.

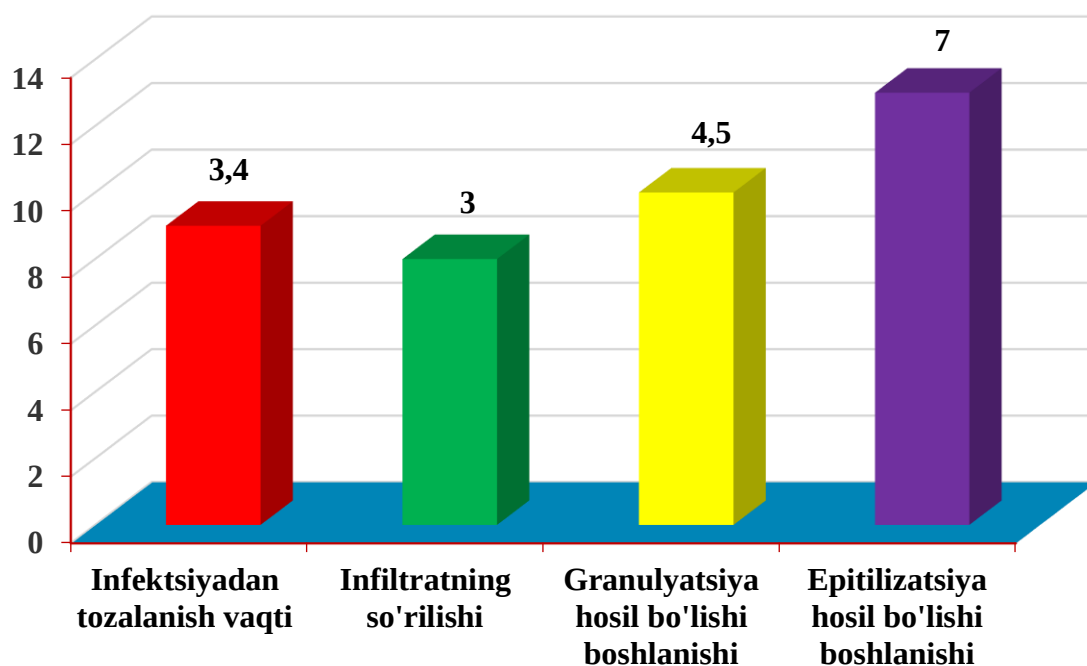
Ichak tayoqchasi 30 (37,3%) holatda ekilgan bo'lsa, u o'z navbatida 10 (32,0%) holatda monokultura va 21 (69,0%) holatda assotsiatsiya shaklida edi. Proteylar 16 ta (19,8 %) kuzatildi, shulardan 7 tasida (41,0 %) monokulturada va 10 tasida (61,0 %) assotsiatsiya shaklida kuzatilgan.



3.4 - rasm. I- qiyosiy guruh (n=56). Yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan bemorlardagi yiringli jarohat eksudatidan ekilgan mikrofloraning tarkibi.

Enterokokklar 15 (18,6%) holatda: 7 (43,9%) monokulturalar, assotsiatsiyalarda 9 (58,3%). Ko'k yiring tayoqchasi 2 (34,4%) bemorga ekilgan: mikroblar assotsiatsiyasi bemor orasida -3 (67,7%) . Mikrob bilan ifloslanish darajasini nazorat qilish natijasi shuni ko'rsatdiki, bemorni qabul qilish vaqtida bu ko'rsatkich 108 mt/g ni tashkil etgan, ammo jarrohlik

davolash va mahalliy malhamli boylam qo'llashdan keyin bu ko'rsatkich 105 mt/g gacha pasaygan. Davolanishning 5-kunida kelib to'qimada kontaminatsiya darajasi kritik darajadan 102 mt/g gacha kamaydi.



3.5 rasm. I-guruh (n=56) bemorlarida jarohatning toza bo'lish va bitish vaqti

3.5-rasmda ko'rsatilgan ma'lumotlarga asosanib, jarohatning to'liq infektsiyadan tozalanishi 5-kuni sodir bo'lgan, 3-kun esa infiltratlarning so'rilishi qayd etilgan deb hisoblash mumkin. Granulyatsiya taxminan 4-5 kun ichida paydo bo'ldi. Keltirilgan asoslar sitologik tekshiruvga asoslangan va uchinchi kunda kelib ma'lum miqdorda surtmalarda destruktiv va degenerativ o'zgargan tasdiqlanmagan tipli fagotsitozli leykotsitlarning sezilarli miqdori mavjudligi aniqlandi. Faqat 7-kuni sitogramma regenerativ tipni ko'rsatdi, 5-kuni esa yallig'lanish-regenerativ kechish jarayoni qayd etildi.

Birinchi guruhdagi bemorlarda mineral, uglevod almashinuvi va qalqonsimon bez gormonlar ko'rsatkichlarini o'rganish natijalari 3.3 va 3.4-jadvallarda keltirilgan.

Shuningdek jadval shuni ko'rsatadiki, yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan birga keladigan endokrin kasalliklari bo'lmagan bemorlarda № 3,3 va №3,4 mineral va uglevod almashinuvi ko'rsatkichlari, shuningdek, qalqonsimon bez gormonlari ko'rsatkichlari normal qiymatlardan sezilarli darajada farq qilmadi.

3.3 - Jadval I-qiyosiy guruh (n=56) bemorlarida minerallar va uglevodlar almashinuvi ko'rsatkichlarini kuzatish dinamikasi

Ko'rsatkichlar	Kuzatuv vaqti				
	Meyoriy ko'rsatkich	Qabul kuni	3-kun	5 -kun	7-kun
qonda Na ⁺	136-145 ммоль/л	137±1,95	141±1,88	139±1,79	143±1,84
qonda K ⁺	3,4-5,6 ммоль/л	4,23±0,65	4,14±0,72	3,92±0,54	4,11±0,71
qonda Ca ²⁺	2,03-2,6 ммоль/л	2,22±0,12	2,31±0,11	2,23±0,18	2,41±0,16
Qondagi qand	4,5-7,0 ммоль/л	6,1±0,52	6,2±0,89	5,9±0,77	6,4±0,64

Izoh:* - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

Jadval 3.4 Bemorlarda qalqonsimon bez garmoni ko'rsatkichlarini kuzatuv dinamikasi. I-qiyosiy guruh (n=56)

Ko'rsatkichlar	Kuzatish vaqti				
	Meyoriy ko'rsatkich	Qabul kuni	3-kun	5 -kun	7-kun
T3 нмоль/л	1,5-3,8	1,66±0,27	1,71±0,95	1,74±0,78	1,68±0,47
T4 нмоль/л	90-120	106,4±2,14	111,7±3,27	109,5±2,48	114,4±2,17
TTГ мкМЕ/л	0,10-4,0	2,18±0,11	3,24±0,14	3,17±0,23	2,95±0,15

Izoh:* - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - P<0,05; ** - P<0,01; *** - P<0,001)

II-bobda ta'kidlanganidek, bizning tadqiqotimizda o'tkazilgan jarohat jarayonining borishini baholashning navbatdagi ob'ektiv mezonlari jarohat to'qimalarida kislorodning portsiyal bosimini aniqlash edi.

Tadqiqot Radiometer (Daniya) tomonidan ishlab chiqarilgan transkutan kislorod monitori yordamida amalga oshirildi. 1-kuni jarohat to'qimalarida dastlabki PO₂ kuchlanishi 26,6-1,1 mm.sim.ust, ya'ni zararlanmagan to'qimalarning miyoriy to'yinganlik darajasi 88,6%. Uchinchi kunda kompleks an'anaviy davolash fonida bu ko'rsatkich 28,8 1,6 mm sim.ust ni tashkil etdi. (normaning 96,0 foizi), meyoriy ko'rsatkichdan 7,4 foizga sezilarli darajada

oshdi. Beshinchi kunga kelib, to'qimalarning PO₂ indeksi 38,1 2,4 mm sim.ust darajasini tashkil etadi, ya'ni ko'rsatkichlar normallashti (3.5-jadval).

Analiz natijalari endokrin kasalliklari bo'lmagan bemorlarning jarohat to'qimalarining transkutan oksimetriyasi natijalarini tahlil qilish asosida bemorlarni qabul qilish kunida jarohat devorining dastlabki PO₂ me'yordan sezilarli darajada past bo'lganligi aniqlandi. Oddiy qiymatlarning 40% atrofida. Davolash kursida 4-5 kun ichida bu ko'rsatkichlar tezda miyoriy holatga qaytdi. Bu vaqt jarohat infiltratsiasining so'rilish vaqti bilan to'g'ri keladi.

Jadval 3.5 Bemorlarda jarohat to'qimasida PO₂ ko'rsatkichlarini dinamikada kuzatish I-guruh (n=56)

Ko'rsatkichlar	Kuzatuv vaqti			
	1-kun	3-kun	5 -kun	7-kun
Jarohat to'qimasida PO ₂ (mm.sim.ust.)	26,6±1,	28,8±1,6	31,1±2,1	34,1±2,4

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

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

Bemor S., 26 yosh. Anamnez № 06373/865 Buxoro ko'p tarmoqli klinik shifoxonasining yiringli jarrohlik bo'limiga og'riq, terining qizarishi, chap oyoqning tashqi yon yuzasida infiltrat mavjudligi, umumiy holsizlik, isitma ko'tarilishi shikoyatlari bilan yotqizilgan. Tana harorati 38,1 C gacha ko'tarilgan, ishtahasi yo'q. Anamnezdan:

5 kundan buyon kasal. Kasallik dala hovlida chivin chaqishi bilan bog'liq bo'lib, undan keyin shish va og'riq paydo bo'ldi.

Ambulatoriya sharoitida davolangan, olingan: tab. Siprofloksatsin 500 mg x 2 marta, mahalliy Vishnevskiy malhami surtilgan, dinamikada bemorning ahvoli yomonlashgan, shishish kuchaygan, terining qizarishi paydo bo'lgan, og'riq kuchaygan, tana harorati ko'tarilgan, shundan so'ng u bizga murojaat qildi va kasalxonaga yotqizildi. . Ob'ektiv: bemorning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, terisi va n shilliq pardalari pushti rang ko'rinishda. Yurak toni : bo'g'iq tovushda A/D 125/80 mmSim.Ust.Puls—1daqiqada 96 marotaba. Ikki tomondan o'pkada vezikulyar nafas eshitiladi. Til qisman nam , qorin yumshoq va og'riqsiz.

Mahalliy: Chap oyoqning tashqi - lateral yuzasida 7,0 x 4,0 sm o'lchamdagi infiltrat aniqlanadi, atrofidagi teri qizargan va giperemiya kuzatiladi, palpatsiyada og'riq aniqlanadi, fluktuatsiya, mahalliy gipertermiya kuzatiladi. Qo'yilgan tashxis: chap oyoq flegmonasi. O'tkazildi: chap oyoq flegmonasi ochilishi, bu vaqtda 30 ml ga yaqin hidsiz yiringli ekssudat mustaqil ravishda chiqqan. Yiringli bo'shliqning tubida mushaklararo bo'shliq bo'lgan. Bakteriologik tekshirish uchun yiringli ekssudat olingan. Jarohat muhitining ph qiymati 4,2, PC - 0,9; jarohatning bakterial ifloslanishi 109mt/g. Qon taxlillaridanidan: L - $10,0 \times 10^9 / l$; LII - 2,4, EChT - 45,0 mg/soat, O;MM - 0,196 birlik. Na⁺, K⁺, Ca⁺, qon 138 mmol/l, 4,3 mmol/l, 2,4 mmol/l.

T3, T4, TTG gormonlari darajasi mos ravishda 2,3 nmol/l, 112 nmol/l, 1,2 mIU/l. Jarohat to'qimalarining PO₂ 14,4 mmSim. Ust. tashkil etadi. Jarohat bo'shlig'i 3% vodorod periks eritmasi bilan ishlov berilgan, drenajlangan va furatsilinning 1: 5000 eritmasi bilan yuvilgan, quritilgan, nekrotik yumshoq to'qimalarni kesish amalga oshirilgan, so'ngra levomekol malhami bilan bog'lam qo'yilgan. Bakteriologik tekshiruv vaqtida *St. aureus* siprofloksatsinga sezgirligi aniqlangan. Bemorga metronidazol 100 ml v/i, tomchilatib kuniga 2 mahal, siprofloksatsin 500 mg - 2 marta ichishga buyurildi. Bemorga qo'shimcha ravishda detoksifikatsion, immunostimulyatsion terapiyasi berildi.

Mahalliy davolash dimetilsulfoksid eritmasi va levomekol malhamini qo'llash orqali sanatsiya qilish va kunlik bog'lam qo'yishdan iboratdir. Davolashning 3-4 kunida jarohat atrofida qizarish va infiltratsiya sezilarli darajada kamaydi. Shu bilan birga, jarohatning bakterial ifloslanishi 103 mt / g, jarohat muhitida ph -5,8, BK -1,4 ega. Jarohat yuzasining qisqarishi 2,5% ni tashkil etdi. Bemorning tana harorati +36,8.0C, qonda leykotsitlar - $8,3 \times 10^9 / l$, O'MM - 158 birlik, LII - 1,4, EChT - 24 mm/soat. Davolashning 3-4 kunida jarohat jarayonining 2-bosqichiga xos klinika paydo bo'ldi: jarohat atrofida infiltratsiya yo'qoldi, granulyatsiya to'qimalari paydo bo'ldi, jarohat ekssudatining bakterial ifloslanishi 102 mt/g, ph. jarohat muhiti 6,8, 1, 3, tana harorati +36,6.0C, qonda leykotsitlar - $7,0 \times 10^9 / l$, O'MM - 0,145 birlik, LII - 1,2, ESR - 21 mm/soat. Jarohat to'qimalarining PO₂ 29,8 mm. sim. ust.

6-kuni 0,5% novokain eritmasida mahalliy og'riqsizlantirish oostida jarohatga, ikkilamchi choklar qo'yildi. 2-kunda choklar atrofida yallig'lanish belgilari yo'q. choklar yaxshi ushlab turiladi. Bemor ambulator davolanish uchun yuborildi. Ushbu misoldan ko'rinib turibdiki, intoksikatsiyaning asosiy ko'tsatgichlari davolanishning 3-4- kuniga kelib miyoriylashdi. (rasm № 3.6-6.7)



3.6 – rasm. Yiringli jarohat I-fazasi.



3.7 – rasm. Yiringli jarohat II -fazasi.

Yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, jarohat jarayoni profilaktikaning muayyan xususiyatlariga muvofiq davom etadi. Shunday qilib, topikal foydalanish uchun levomekol malhamining foydali ta'siri aniqlandi, bu ta'sirlangan to'qimalar hududida suvsizlantiruvchi, yallig'lanishga qarshi va mikroblarga qarshi ta'sirga ega. Tananing intoksikatsiya darajasini aniqlash:

L, O'MM, LII, ECHT va to'qimalarning shikastlanishidagi eksudatning biokimyoviy xususiyatlari: Ph, jarohat eksudati oqsili, Mazurik bo'yicha BK, jarohatning kechishini kuzatish va baholash uchun ishlatiladi. jarayon. Jarohat to'qimalarining kislorod bilan to'yinganligini o'rganish ma'lumotli edi - PO_2 . Ijobiy dinamika bilan jarohat to'qimalarining PO_2 ko'rsatkichlari, bakteriologik va biokimyoviy ko'rsatkichlari o'rtasida ma'lum bir bog'liqlik mavjudligi aniqlandi. Jarohat infeksiyadan tozalanganda, jarohat muhitining PH darajasi kislotadan neytralga o'zgaradi. Shu bilan birga, PO_2 ko'rsatkichlari to'g'ridan-to'g'ri mutanosib ravishda oshadi, ammo to'qimalarning kislorod bilan to'yinganligining normal darajasiga etmasdan va Mazurikga ko'ra BK normal sonlarga o'sadi.

Shu bilan birga, jarohat jarayonini baholashning asosiy mezonlari ko'rsatkichlari quyidagi dinamik ko'rsatgichlarga ega: jarohatni infeksiyadan tozalash vaqti davolanishning 2-3 kuniga, granulyatsiya hosil bo'lishi davolanishning 3-4 kuniga va epitelizatsiya hosil bo'lishi davolanishning 5-6 kunida kuzatildi. Taqqoslash guruhidagi bemorlarni davolanishning o'rtacha davomiyligi $6 \pm 0,7$ kun.

Bu jarayonlarning barchasi mineral, uglevod, gormonal va oqsil almashinuvining normal ko'rsatkichlari fonida sodir bo'ladi. Bizni ushbu ko'rsatkichlar dinamikasini va mintaqamizda eng keng tarqalgan qandli diabet, diffuz toksik bo'qoq kabi endokrin kasalliklar fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolash natijalarini o'rganishga qiziqish uyg'otdi. Mustaqil ravishda ham, birga keladigan kasalliklar shaklida ham ular ushbu toifadagi bemorlarda davolanish natijalarini murakkablashtiradi va yomonlashtiradi.

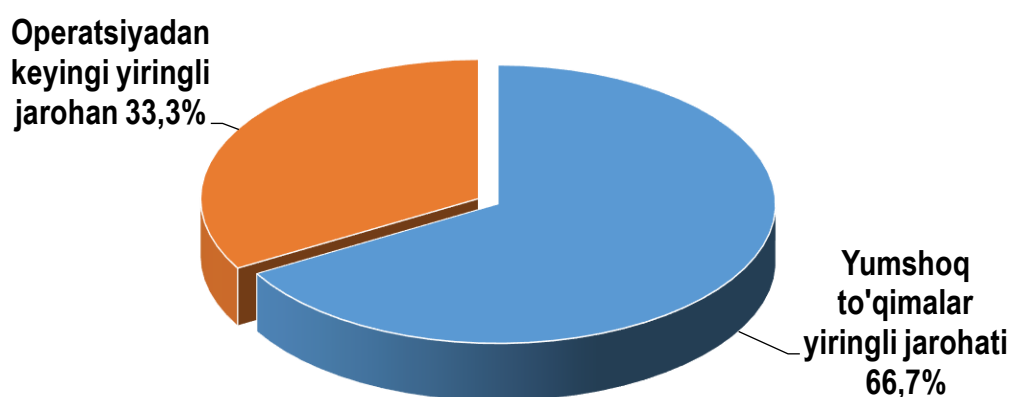
Bularning barchasi bizning oldimizga kerakli vazifalarni qo'ydi - va biz ularni ishimizning keyingi boblarida bajardik.

IV BOB. DIFFUZ TOKSIK DIFFUZ BO'QOQ VA QANDLI DIABET HAMROHLIGI FONIDAGI YUMSHOQ TO'QIMALARNING YIRINGLI XIRURGIK KASALLIKLARIDA AN'ANAVIY DAVOLASH USULLARI (II gr)

§4.1. Diffuz toksik bo`qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rgan bemorlarni an'anaviy davolash samaradorligi.

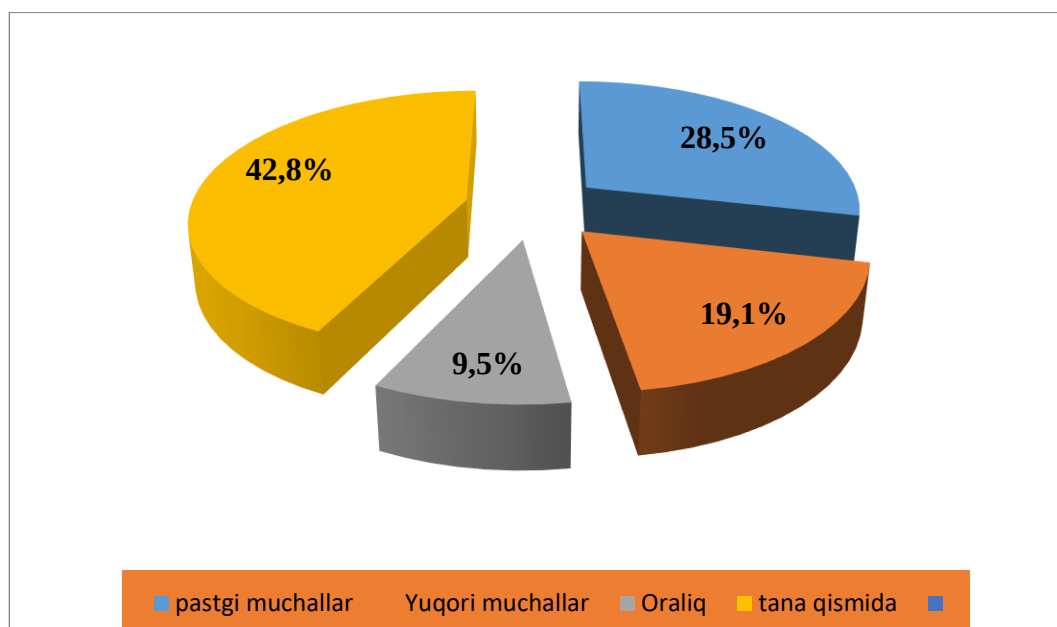
Diffuz toksik bo`qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rgan 21 nafar bemorni davolash natijalari tahlil qilindi.

Ulardan 14 nafarida (66,6%) turli etiologiyali yiringli jarohatlar, 7 nafar (33,4%) bemorda operatsiyadan keyingi yiringli jarohatlar aniqlangan (5.1-rasm).



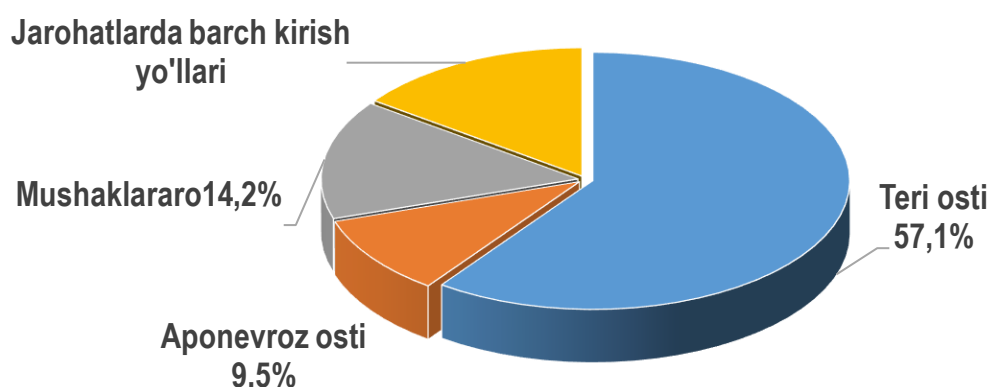
4.1-rasm. Etiologik omillari bo'yicha II -guruhdagi bemorlarning taqsimlanishi.

Yiringli jarohatlarning lokalizatsiyasini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, tekshirilgan bemorlarning ko'pchiligida yiringli jarohatlar tananing badan sohasida - 9 (42,8%), Oyoqlarda - 6 (28,5%), qo'llarda - 4 (19,1%), oraliq sohasida - 2 (9,5%) joylashgan/ (5.2-rasm).



4.2-rasm. Yiringli jarohatlar va ularning joylashishi bo'yicha I-guruh bemorlarni taqsimlash

Qabul qilingan kuni yiringli jarohatlar bilan yotqizilgan bemorlarda jarohatlarni davolashda 12 (57,1%) holatda yiringli jarayonning teri ostiga joylashishi aniqlangan. Yiringli jarayonning mushaklararo joylashishi 3 (14,2%) holatda aniqlangan va asosan qo'l-oyoqlarning sohsaidad joylashdan yiringli jarohatlari bo'lgan bemorlarda kuzatilgan. Aponevroz ostida lokalizatsiya 2 (9,5%) da aniqlangan. 3 ta (14,2%) holatda yiringli jarayon butun jarohat bo'ylab tarqalganligi aniqlangan (5.3-rasm).



4.3-rasm. Yiringli jarohatda, yiringni tarqalishi bo'yicha III -guruh bemorlarni taqsimlash

Operatsiyadan keyingi jarohatlari bo'lgan barcha bemorlar jarohat kechish jarayonining birinchi bosqichida qabul qilingan.

Qabul qilingan kuni yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan barcha bemorlarda davolashning jarrohlik taktikasi avvalgi guruhga o'xshash edi.

Barcha bemorlar endokrinolog hakim ishtirokida qonda qand miqdori darajasini dori-darmonlar bilan korreksiyasi o'tkazildi. Bemorlarning ko'pchiligi; 19 (90,4%) II - turdagi qandli diabet bilan kasallangan, 2 (9,6%) bemor I turdagi qandli diabet bilan kasallangan.

Qonda qand miqdori darajasini dori-darmonlar bilan korreksiyasi o'tkazilganda har bir bemor uchun qandli diabet turini, klinik kechishining xususiyatlarini, shuningdek, klinikaga kirishdan oldin gipoglikemik dorilarni qabul qilishni hisobga olgan holda individual yondashuv amalga oshirildi. Statsionar davolanish davrida tabletka shakldagi dorilarni (Siofor, Maninil) olgan bemorlarning aksariyati qisqa ta'sir qiluvchi insulina (Aktropid) o'tkazildi. Uzoq muddatli insulin (kundalik insulin) qabul qiladiganqonda qand miqdori darajasini yuqori bo'lgan bemorlarga, agar kerak bo'lsa, qisqa ta'sir qiluvchi insulin qo'shimcha ravishda buyurildi.

§4.1.1. Yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan II guruh bemorlarini jarohat jarayonining klinik-laborator dinamikasi va davolash natijalari.

II- guruh yumshoq to'qimalarining yiringli kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning organizmining zaharlanish ko'rsatkichlari natijalarini tahlil qilish quyidagi o'zgarishlarni ko'rsatdi (4.1-jadval). Jadvaldan ko'rinib turibdiki, davolanishning birinchi kunida bemorlarning tana harorati o'rtacha $+38,9 \pm 0,41^{\circ}\text{S}$ bo'lgan. Qon leykotsitlarining miqdori o'rtacha $9,6 \pm 0,22 \times 10^9/\text{l}$ ga teng edi. O'rta molekulalarning massasi o'rtacha $0,244 \pm 0,011$ birlikni tashkil etdi. Xuddi shunday, LII va EChTda o'sish kuzatildi.

5.1-jadval .Yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan inoksikatsion ko'rsatgichlar dinamikasi II-guruh (n=21)

Ko'rsatgichlar	Kuzatuv vaqti				
	Qabul kuni	3 –kun	5 -kun	7 – kunь	10-11 – kun
Tana t ⁰	38,9±0,41	38,7±0,21*	38,0±0,18*	37,7±0,16	36,9±0,12*
Qonda L ×10 ⁹ /l	9,6±0,22	8,9±0,28*	8,4±0,32	7,9±0,18	6,9±0,17
O'MM br	0,244±0,011	0,211±0,017 **	0,192±0,005	0,178±0,015**	0,128±0,006***
LII br	2,3±0,07	2,1±0,09*	1,9±0,07	1,7±0,04	1,4±0,06** *
EChT mm/s	48,1±1,88	42,3±1,54*	39,5±1,22*	32,7±1,18 ***	24,1±0,56* **

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$)

Davolanishning uchinchi kunida tana haroratining $38,9\pm0,41^{\circ}\text{S}$ dan $38,7\pm0,21^{\circ}\text{S}$ gacha biroz pasayishi, qon leykotsitlari soni o'rtacha $8,9\pm0,28\times10^9/\text{l}$ ga kamaydi. O'rta molekulalarning hajmi o'rtacha $0,211\pm0,017$ birlikni tashkil etdi. LII va EChT ning mos ravishda $2,1\pm0,09$ va $42,3\pm1,54$ gacha pasayishi kuzatildi.

Davolanishning beshinchi kunida yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan taqqoslash guruhidagi bemorlar biroz subfebril bo'lib qoldi ($38,0\pm0,18^{\circ}\text{S}$). Shu bilan birga, tananing intoksikatsiyasining barcha ko'rsatkichlari uchun: L, O'MM, LII va qonning EChT, ularning yanada kamayishi qayd etilgan, ya'ni normallasuv tendentsiyasi kuzatilgan - $8,4\pm0,32\times10^9$; $0,192\pm0,005$; $1,9\pm0,07$; mos ravishda $39,5\pm1,22$. Davolanishning ettinchi kunida bu ko'rsatkichlar yanada pasayish tendentsiyasiga ega bo'lsa-da, normadan yuqori bo'lib qoldi.

Keyingi davolash va kuzatishda, o'ninchi kunga kelib, O'MM va EChTdan tashqari barcha tahlil qilingan intoksikatsiya ko'rsatkichlari normal chegaralarda edi.

Bemorlarda jarohat jarayonining dinamikasini baholashning quyidagi mezonlari jarohat muhitining ph darajasi, jarohat yuzasi maydonining qisqarish foizi va M.F.Mazurik bo'yicha BK ko'rsatkichlari edi. 5.2-jadval). Tahlil qilinayotgan guruhdagi bemorlarda qabul qilingan kuni jarohat muhiti Ph ning boshlang'ich darajasi sezilarli darajada past (atsidoz) va o'rtacha $4,2\pm0,14$ ni tashkil etdi. Jarohatning ekssudati oqsili o'rtacha $57,9\pm1,33$ g/l ni

tashkil etdi. BK (bashorat koeffisienti) bir vaqtning o'zida o'rtacha $0,9 \pm 0,02$ birlikka teng edi.

Davolanishning uchinchi kunida jarohat muhitining ph darajasi o'rtacha $4,3 \pm 0,16$ ni tashkil etdi, uchinchi kuni jarohat yuzasida qisqarish kuzatilmadi. Jarohat ekssudatining oqsil ulushi o'rtacha $54,3 \pm 1,38$ g/l ga, qonda esa $59,8 \pm 1,32$ g/l ga teng bo'lsa, Mazurik bo'yicha BK $1,1 \pm 0,04$. Davolashning beshinchi kunida jarohat muhitining ph qiymati neytral tomonga siljish tendentsiyasiga ega bo'lib, $4,7 \pm 0,14$ ga etdi. Jarohat yuzasining qisqarish ulushi kuniga $0,6 \pm 0,03\%$ gacha ko'tarildi va bu vaqtga kelib BK $1,3 \pm 0,03$ ni tashkil etdi.

4.2-jadval.Bemorlarda jarohatning bitish tezligi va biokimyoviy ko'rsatgichlar dinamikasi II-guruh (n=21)

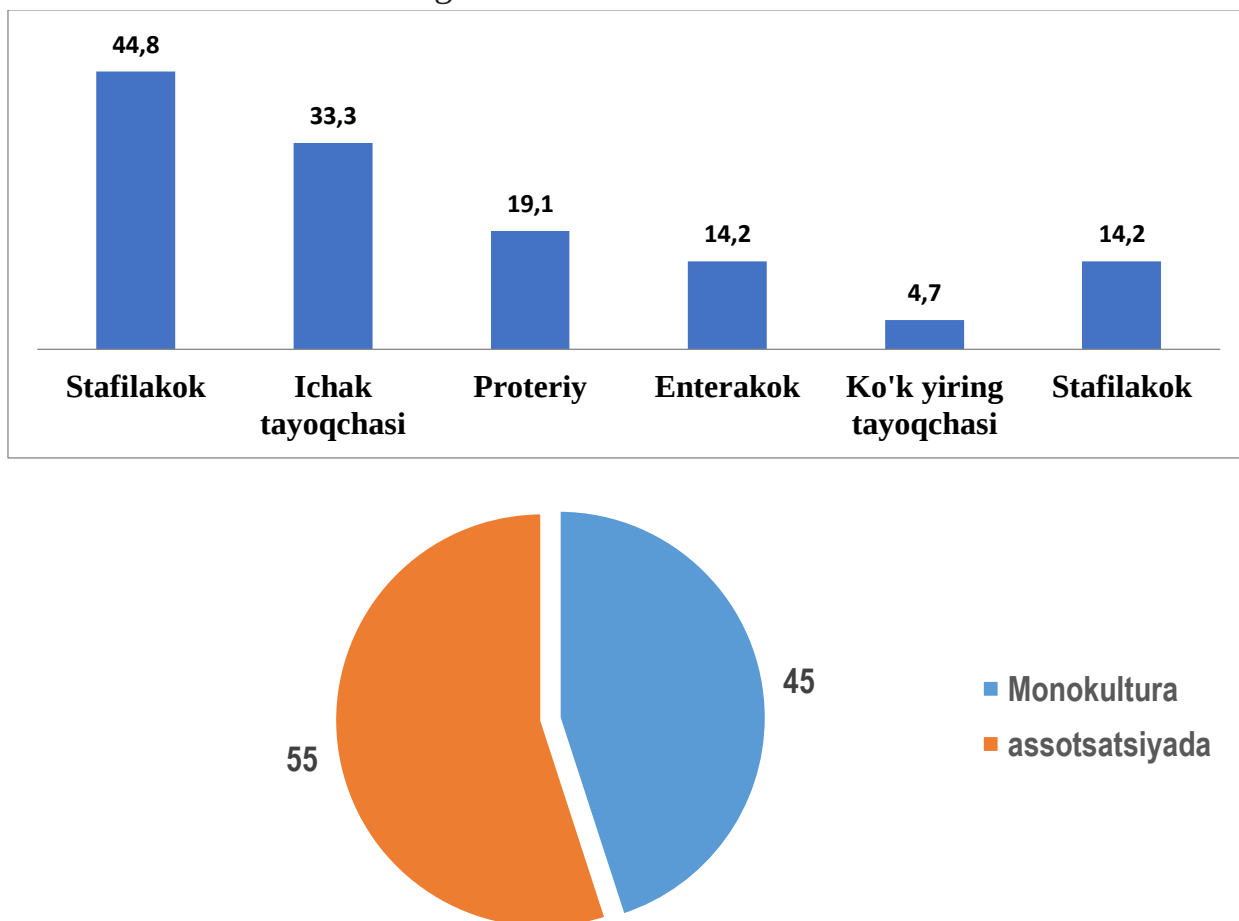
Ko'rsatgichlar	Kuzatuv vaqti				
	1-kun	3 - kun	5 -kun	7 -kun	10-11 –kun
Jarohat PH muhidi	$4,1 \pm 0,16$	$4,4 \pm 0,12$	$4,9 \pm 0,13^{**}$	$5,8 \pm 0,19$	$6,9 \pm 0,26^{***}$
% jarohat yuzasi qisqarishi	0	$0,6 \pm 0,03^{***}$	$1,1 \pm 0,08^{**}$	$2,2 \pm 0,11^{**}$	$2,9 \pm 0,16^{***}$
Jarohat ekssudati oqsili (g/l)	$58,4 \pm 1,57$	$55,4 \pm 1,34$	$47,2 \pm 1,18^{**}$	$42,9 \pm 1,19$	$40,4 \pm 1,26$
Qondagi umumiy oqsil	$61,8 \pm 2,41$	$65,1 \pm 1,82$	$66,8 \pm 1,72$	$69,8 \pm 1,66$	$70,1 \pm 2,21$
M.F.Mazurik bo'yicha PK	$0,9 \pm 0,01$	$1,2 \pm 0,03^{**}$	$1,4 \pm 0,04^{**}$	$1,5 \pm 0,02^{*}$	$1,5 \pm 0,04^{*}$

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$)

Etinchi kunga kelib, BK $1,4 \pm 0,04$ ga teng bo'ldi va kuniga jarohat maydoni $1,1 \pm 0,08\%$ ga sezilarli darajada kamaydi. Jarohatlangan muhitning Ph qiymati bir vaqtning o'zida o'rtacha $5,7 \pm 0,21$ ni tashkil etdi. Faqat davolashning o'ninchi kunida jarohat muhitining Ph qiymati neytral bo'ldi. Kuniga jarohat yuzasining qisqarishi $2,2 \pm 0,11\%$ ga teng bo'ldi. Jarohatdan ekssudatning chiqishi to'xtadi, bu bizning fikrimizcha, jarohat jarayonining 1-bosqichdan 2-bosqichga o'tishi bilan bog'liq.

Jarohat jarayonini baholashning xarakterli mezonlaridan biri mikrobial ifloslanish darajasini aniqlash, mikrofloraning tur tarkibini aniqlash va

jarohatni tozalash vaqtini aniqlash edi. Yumshoq to'qimalarining yiringli kasalliklari bilan kasallangan III-taqqoslash guruhi bemorlarining infektsiyalangan jarohatlari eksudatidan ekilgan mikrofloraning aniqlangan tur tarkibi 5.4-rasmda ko'rsatilgan.

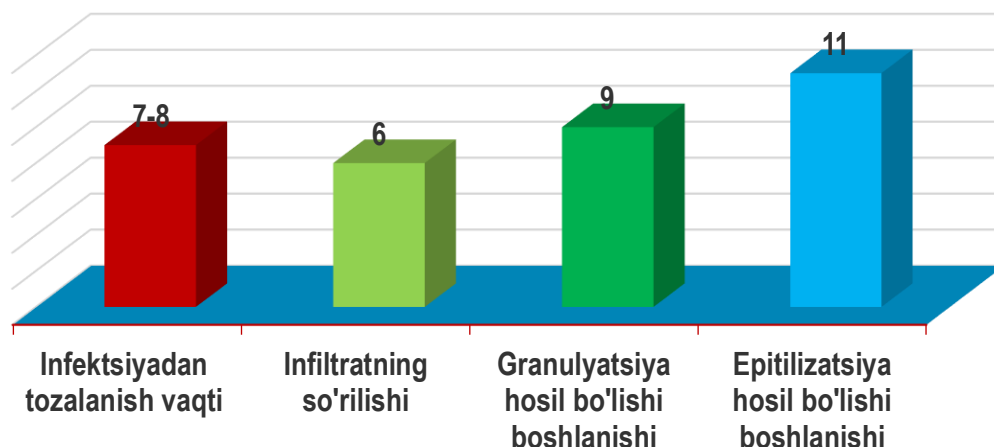


4.4-Rasm. Yumshoq to'qimalarining yiringli kasalliklari bilan bemorlarda yiringli jarohat eksudatidan ekilgan mikrofloraning tur tarkibi II-guruh (n=21)

II-guruhidagi bemorlarning jarohatlaridan oqindilarni bakteriologik tekshirishda quyidagilar aniqlandi: ko'p hollarda - 9 (44,8%) bemorlarda patogen tillorang stafilokokklar ekilgan. 7 ta (33,3%) kuzatishda ichak tayoqchasi ekilgan. Proteus chastota bo'yicha keyingi o'rinni egalladi - 4 (19,1%) kuzatuv. Keyinchalik 3 (14,2%) kuzatuvda enterokokklar va 3 ta (14,2%) kuzatuvda streptokokklar kuzatildi. Pseudomonas aeruginosa 1 ta (4,7%) ekilgan.

II- guruh bemorlarida yiringli jarohatlarning mikrobdan ifloslanish darajasini tahlil qilinganda, quyidagilar aniqlandi: qabul qilish vaqtida mikrobdan ifloslanish o'rtacha 108 mt/g ni tashkil etdi, jarohatni jarrohlik yo'li va malhamli boylamlar bilan davolashdan so'ng, keyingi kun, uning qiymati 10^5 mt / g ni tashkil etdi. Ushbu bemorlarda kompleks davolashning 9-

kuniga kelib mikrobthankontaminatsiya darajasi kritik darajadan past bo'lib, 10^2 mt / g to'qimalarni tashkil etdi.



4.5-rasm. yiringli-nekrotik kasalliklar bilan bemorlarda jarohatning toza bo'lishi va bitish vaqtini taqqoslash. II-guruh (n=21).

4.5-rasmda ko'rsatilgan II- guruh bemorlarida jarohatlarni tozalanish va bitish vaqtini tahlil qilish natijalari tahlil qilinayotgan guruh bemorlarida infektsiyadan jarohatlarni tozalanish o'rtacha $9,0 \pm 0,5$ kunga sodir bo'lganligini ko'rsatadi. Sakkizinchi kunga kelib infiltratlarning rezorbsiyasi qayd etildi.

Granulyatsiyalar paydo bo'lishining boshlanishi o'rtacha to'qqizinchi kundan o'ninchi kunlarda qayd etilgan. Faqat o'n uchinchi kunga kelib, sitogrammalarning asosan regenerativ turi qayd etildi. Ushbu ma'lumotlar sitologik tadqiqotlar bilan tasdiqlangan.

II- guruh bemorlarida mineral va uglevod moddalar almashinuvi, hamda qalqonsimon gormonlar ko'rsatkichlarini o'rganish natijalari 5.3 va 5.4-jadvallarda keltirilgan.

II- guruh bemorlarida mineral va uglevod almashinuvi ko'rsatkichlari quyidagi xususiyatlarga ega edi: qabul qilingan kunida II- guruhlariga nisbatan ushbu ko'rsatkichlar garchi ular sezilarli darajada farq qilmasa ham, meyyoridan og'ish kuzatilgan, keyinchalik ancha sekinroq sur'atda, 2-3 kunga orqaga qolib normallashti. Bu, bizning fikrimizcha, qandli diabet va diffuz toksik bo'qorning kombinatsiyalangan fonidagi kasalliklarning salbiy ta'siri bilan bog'liq.

4.3-jadvaldan ko'rinib turibdiki, qabul qilingan kuni qonda Na^+ indeksi $154 \pm 2,98$; K^+ $1,98 \pm 1,14$; Ca^{2+} $3,1 \pm 0,67$ ni tashkil etgan.

4.3-jadval Bemorlarda minerallar va uglevodlar almashinuvi ko'rsatkichlarini dinamik ko'rsatgichi III –guruh taqqoslash (n=21)

Ko'rsatgichlar	Kuzatuv vaqti					10-11 – kun
	Meyoriy ko'rsatgich	Qabul kuni	3-kun	5 -kun	7-kun	
qonda Na ⁺	136-145 ммоль/л	154±2,98	152±3,09	149±2,186	144±3,78	138,1±1,24
qonda K ⁺	3,4-5,6 ммоль/л	1,98±1,14	2,11±0,29	2,04±0,24	2,08±0,35	3,07±0,22
qonda Ca ⁺	2,03-2,6 ммоль/л	3,1±0,67	2,91±1,17	2,74±1,06	2,64±1,1	2,54±1,1
Qondagi qand	4,5-7,0 ммоль/л	13,8±1,2	11,4±1,21	9,1±1,32	8,2±1,71	7,8±1,51

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$)

II- guruhdagi bemorlarda qondagi qandning dastlabki darajasi o'rtacha 13,8±1,2 ga teng edi. Yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini qondagi qand darajasini bir vaqtning o'zida dori-darmonlar bilan korreksiya qilish bilan davolashda ko'rsatkichlar faqat 9-10 kunlarda asta-sekin normal holatga qaytdi (4.3-jadval). Bundan ko'rinib turibdiki, qabul qilingan kuni III-guruhdagi bemorlarda qondamineral almashinuvi parametrlarining buzilishi II-guruhdagi kabi ko'rinishga ega bo'lgan.

4.4-jadval

Bemorlarda qalqonsimon bez garmoni ko'rsatkichlarini dinamikada kuzatish. II– guruh (n=21)

Ko'rsatgichlar	Kuzatuv vaqti					
	Meyoriy ko'rsatgichlar	Kelgan kuni	3-kun	5 -kun	7 -kun	10-11-kun
T3 nmoll/l	1,5-3,8	4,8±0,38	4,6±0,22	4,78±0,45	4,66±0,61	3,3±0,28
T4 nmoll/l	90-120	141±3,16	139±2,78	133±2,88	131±2,54	109±2,22
TTG mkMY/l	0,27-4,2	0,044±0,024	0,068±0,019	0,086±0,11	0,087±0,013	0,32±0,02

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$)

Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan II – guruhdagi bemorlarda

qalqonsimon bez gormonlari ko'rsatkichlarini o'rganish shuni ko'rsatdiki, ushbu guruhning qalqonsimon gormonlari qabul qilingan kunida guruhdagi II-guruhi kabi me'yordan sezilarli darajada og'ishgan.. Bundan farqli o'laroq, an'anaviy davolash bilan og'rigan bemorlarning II-guruhida o'rganilayotgan gormonlar parametrlarining normallasishi davolanishning 9-10 kunida sodir bo'ldi, bu avvalgi o'xshash bemorlar guruhlariga qaraganda o'rtacha ikki kun kechikdi.

Jarohatning to'qimalarida kislorodning porsial bosimini aniqlashda quyidagilar aniqlandi: 1-kuni jarohat to'qimalarida PO₂ ning dastlabki kuchlanishi 21,6 1,4 mm Sim ust bi tashcil etdi. Bu Buzilmagan to'qimalarning normal to'yinganlik darajasining 72,0% iga teng. Uchinchi kuni kompleks an'anaviy davolash fonida bu ko'rsatkich 23,6 1,9 (normaning 78,7%) mm Sim.ust ni tashkil etdi, dastlabki ko'rsatkichga nisbatan sezilarli darajada oshmadi va u 6,7% ni tashkil etdi. Beshinchi kunga kelib, to'qimalarning PO₂ indeksi 26,2 2,1 (normaning 87,3%) mm Sim. ust darajasida o'rnatildi, keyin to'qqizinchi-o'ninchi kunlarda ko'rsatkichlar normallashti 31,1±1,8 mm sim. ust. (4.5-jadval).

Birgalikda yuradigan endokrin kasalliklar, diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda jarohat to'qimalarining transkutan oksimetriyasi natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bemorlar qabul qilingan kunida jarohat devorining dastlabki PO₂ darajasi odatdagidan sezilarli darajada past bo'lgan, bu taxminan. Me'yoriy raqamlarning 72,0% ni tashkil etadi.

4.5-jadval

Bemorlarda jarohat to'qimasida PO₂ ko'rsatkichlarini dinamikada kuzatish II -guruhlarda (n=21)

Ko'rsatkichlar	Kuzatuv vaqti				
	1-kun	3 –kun	5 –kun	7 -kun	10-11–kun
Jarohat to'qima sida PO ₂ (mm.sim.ust)	24,6±1,4	26,6±1,9	27,2±2,1	28,1±1,1	31,1±1,8

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

Davolash kursining 9-kuniga kelib, bu ko'rsatkichlar asta-sekin meyoriy holatiga qaytdi, endokrin kasalliklari bo'lmagan I-guruhdagi bemorlarida nisbatan ushbu ko'rsatkichlar meyoriy davridan 3-4 - kunga orqaga qoldi va II-guruh bemorlarda 2-3- kunga chetga chiqdi.

Shunday qilib, yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan II-guruh bemorlarini, diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrihligida kechadigan fonidagi kasalliklarida o'rganishimiz jarohat kechish jarayonining quyidagi xususiyatlarini aniqladi: -tana intoksikatsiyasining barcha ko'rsatkichlari, Jarohatning ph muhiti va bemorlarning qabul qilingan kunidagi jarohat PO_2 ko'rsatkichlari I va II- guruhdagi bemorlarga qaraganda normadan sezilarli darajada chetga chiqdi.

An'anaviy davolash usulida dinamikada bu ko'rsatkichlar I va II-guruhlarga qaraganda sekinroq normallashti va 2 kunga ortda qoldi. Shu bilan birga, yotoq kunlari $10 \pm 1,4$ kunni tashkil etgan bo'lsa, II-guruhdagi bemorlarda bu ko'rsatkichlar $8 \pm 1,5$ kunga teng bo'ldi.

Bizning tadqiqotimiz yo'ldosh kasalliklarning mavjudligi va jarohat jarayoniga salbiy ta'siri o'rtasidagi bog'liqlik, gormonal, uglevod, oqsil va mineral metabolism buzilishlarini, shuningdek, jarohatning kislorod bilan to'yinganligini o'z vaqtida meyorilashtirishga (tuzatishga) e'tibor qaratish zarurligini ko'rsatadi.

Tadqiqotimizning keyingi bobida qandli diabet va diffuz toksik bo'qoqni kombinatsiyalangan fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashda qaratilgan.

V BOB. DIFFUZ TOKSIK BO'QOQ VA QANDLI DIABET HAMROHLIGI FONIDA BO'LGAN YUMSHOQ TO'QIMALARNING YIRINGLI JARROHLIK KASALLIKLARINI DAVOLASHDA MODDALAR ALMASHINUVI VA MIKROSIRKULYATSIYA BUZILISHINI MEYORIYLASHTIRISH SAMARADORLIGI.

§ 5.1. Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet kombinatsiyalashgan fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashda mineral, uglevod, oqsil, gormonal metabolizm va mikrosirkulyatsiyaning metabolik buzilishlarini bartaraf etish samaradorligi.

Yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan og'rgan 27 nafar bemorni diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet kombinatsiyalashgan fonida davolash natijalari tahlil qilindi.

Qabul qilingan kuni yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan barcha bemorlar uchun davolashning jarrohlik taktikasi avvalgi kichik guruhlariga o'xshash edi. Shu bilan birga, davolanish jarayoni gormonal, uglevod, mineral, oqsil almashinuvini buzilishlarni bir vaqtning o'zida bartaraf etish bilan to'ldirildi va kislorod bilan to'yinganligini normallashtirish va jarohat to'qimalarini plastik material bilan ta'minlash uchun mikrosirkulyatsiyani yaxshilashga qaratilgan davolash amalga oshirildi.

Qonda qand darajasini korreksiyasi va bemorlarda toksik bo'qoq jarayonini kamaytirish endokrinolog hakim bilan birgalicda amalga oshirildi. Ko'pgina bemorlar - 25 (92,5%) II- turdagi, 2 (7,5%) bemor I- turdagi qandli diabet bilan kasallangan edi.

III- guruh yumshoq to'qimalarining yiringli kasalliklari bilan og'rgan bemorlarning organizmida intoksikatsiya ko'rsatkichlari natijalarini tahlil qilish quyidagi o'zgarishlarni aniqladi (5.1-jadval). Jadvaldan ko'rinib turibdiki, davolanishning birinchi kunida bemorlarning tana harorati o'rtacha $39,2 \pm 0,36^{\circ}\text{S}$ ni tashkil qildi. Qon leykotsitlarining tarkibi o'rtacha $9,8 \pm 0,28 \times 10^9/\text{l}$ ga teng edi. O'rta molekulalarning hajmi o'rtacha $0,252 \pm 0,026$ birlikni tashkil etdi. Xuddi shunday, LII va EChTda o'sish kuzatildi.

5.1-jadval Yumshoq to'qimalarnin gyiringli kasalliklari bo'lganbemorlarda intoksikatsion ko'rsatgichlar dinamikasi III guruh (n=27)

Ko'rsatgichlar	Kuzatuv vaqti				
	Qabul kuni	3-kun	5 –kun	7 -kun	8-9 –kun
Tana harorati- t ⁰	39,2±0,36	38,1±0,18*	37,6±0,18*	37,0±0,21	36,7±0,11*
Qonda L ×10 ⁹ /l	9,8±0,28	8,2±0,19*	7,4±0,28	7,0±0,21	6,5±0,21
O`MM br	0,252±0,026	0,186±0,021**	0,152±0,005	0,118±0,017**	0,112±0,006**
LII br	2,4±0,06	1,7±0,08*	1,4±0,06	1,1±0,05	1,0±0,07** *
EChT mm/s	49,4±2,1	37,2±1,68*	29,2±1,28*	24,4±1,32***	21,1±0,44* **

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

Davolanishning uchinchi kunida tana harorati 39,2±0,36 dan 38,1±0,18 gacha bir oz pasaygan, qonda leykotsitlar soni o'rtacha 8,2±0,19×10⁹/l gacha kamaygan. O'rta molekulalarning hajmi o'rtacha 0,186±0,021 birlikni tashkil etdi. LII va EChTda mos ravishda 1,7±0,08 va 37,2±1,68 gacha pasayish kuzatildi.

Davolanishning beshinchi kunida subfebril holat saqlanib qolgan (37,6±0,180C). Shu bilan birga, tananing intoksikatsiyasining barcha ko'rsatkichlari uchun: L, O`MM, LII va qonning EChT, ularning yanada kamayishi qayd etilgan, ya'ni normallashuv tendentsiyasi kuzatilgan - 7,4±0,28×10⁹; 0,152±0,005; 1,4±0,06; mos ravishda 29,2±1,28. Oldingi guruhlardagi o'xshash bemorlardan farqli o'laroq, davolanishning ettinchi-sakkizinchi kunlarida bu ko'rsatkichlar normal holatga qaytdi, bu II- guruh bemorlaridan o'rtacha 2 kun oldindaligini ko'rsatdi.

§ 5.2. Jarohat kechish jarayonining klinik-laborator dinamikasi va yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet (III guruh) kombinatsiyalashgan fonida davolash natijalari.

Ushbu guruhdagi bemorlarda jarohat jarayoni dinamikasi ko'rsatkichlari natijalarini tahlil qilish: jarohat muhitining pH darajasi, jarohat yuzasi maydonining qisqarish foizi va M.F.Mazurik bo'yicha BK ko'rsatkichlari (5.2-jadval)da keltirilgan. Tahlil qilinayotgan guruhdagi bemorlarda, qabul qilingan kuni jarohat muhiti- pH ning boshlang'ich darajasi sezilarli darajada past (atsidoz) va o'rtacha $4,2 \pm 0,18$ ni tashkil etdi. Jarohatning ekssudati oqsili o'rtacha $59,2 \pm 1,43$ g/L ni tashkil etdi. BK bir vaqtning o'zida o'rtacha $0,9 \pm 0,03$ birlikni tashkil etdi.

Davolanishning uchinchi kunida jarohat muhitining pH qiymati o'rtacha $4,8 \pm 0,16$ ni, jarohat yuzasining qisqarish foizikuniga o'rtacha $1,3 \pm 0,05\%$ ni tashkil etdi. Jarohat ekssudatining oqsil ulushi o'rtacha $48,5 \pm 1,28$ g/l ga, qonda esa $66,9 \pm 1,42$ g/l ga teng bo'lsa, Mazurik bo'yicha BK $1,3 \pm 0,05$ edi. Davolashning beshinchi kunida jarohat muhitining pH qiymati neytral tomonga siljish tendentsiyasiga ega bo'lib, $5,9 \pm 0,12$ ga etdi.

Jarohat yuzasi maydonining qisqarish ulushi kuniga $1,8 \pm 0,04\%$ gacha ko'tarildi va bu vaqtga kelib BK $1,8 \pm 0,04$ ni tashkil etdi.

Ettinchi kunga kelib, BK $2,4 \pm 0,06$ ga teng bo'ldi va kuniga jarohat maydoni $2,6 \pm 0,05\%$ ga sezilarli darajada kamaydi. Bu holda jarohat muhitining pH qiymati o'rtacha $6,6 \pm 0,18$ ni tashkil etdi. Faqat davolashning o'ninchi kunida jarohat muhitining pH qiymati neytral bo'ldi. Kuniga jarohat yuzasining kamayishi $2,9 \pm 0,08\%$ ga teng bo'ldi. Jarohatdan ekssudatning chiqishi to'xtadi, bu bizning fikrimizcha, jarohat jarayonining 1-bosqichdan 2-bosqichga o'tishi bilan bog'liq.

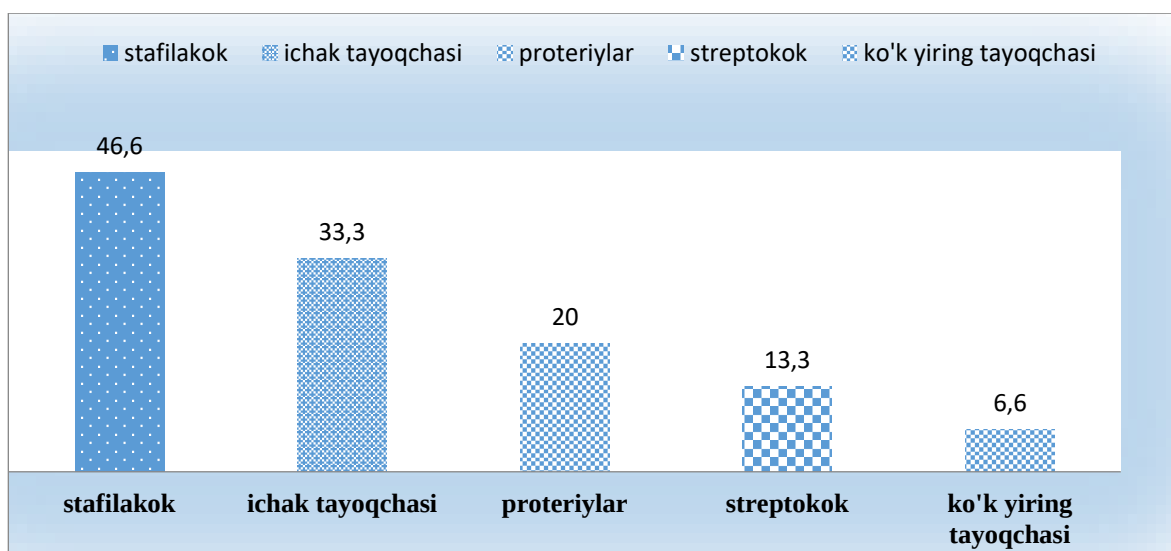
5.2-Jadval Bemorlarda jarohatning bitish tezligi va biokimyoviy ko'rsatkichlarni dinamikada kuzatish, III-guruh (n=27)

Ko'rsatkichlar	Kuzatuv vaqti				
	1-kun	3 –kun	5 –kun	7 -kun	8-9 –kun
Jarohat tarkibida pH	$4,2 \pm 0,18$	$4,8 \pm 0,16$	$5,9 \pm 0,12^{***}$	$6,6 \pm 0,18$	$6,9 \pm 0,21^{***}$

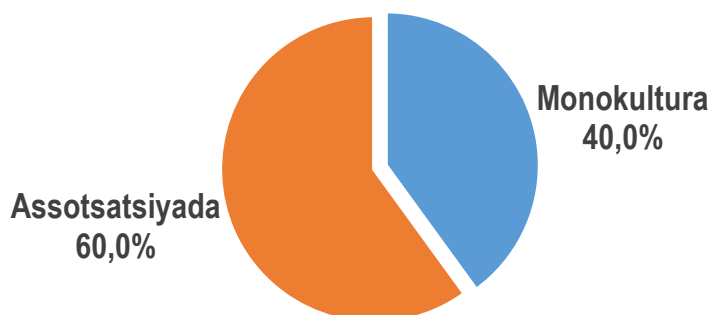
% jarohat yuzasi isqarishi	0	0,9±0,04** *	1,8±0,04 ***	2,6±0,05** *	2,9±0,08 ***
Jarohat eksudati oqsili (g/l)	59,2±1,43	48,5±1,28	36,2±1,17** *	30,6±1,19	-
Qondagi umumiy oqsil	58,4±1,33	66,9±1,42	67,6±1,66	74,5±2,21	75,2±2,44
M.F.Mazuriku bo'yicha BK	0,9±0,03	1,3±0,05**	1,8±0,04***	2,4±0,06*	-

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$)

Jarohatlarning mikroflorasini o'rganishda III-guruh yumshoq to'qimalarining yiringli jarrohlik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarning infeksiyalangan jarohatlari eksudatidan ekilgan mikrofloraning aniqlangan tur tarkibi 5.2-rasmda ko'rsatilgan.



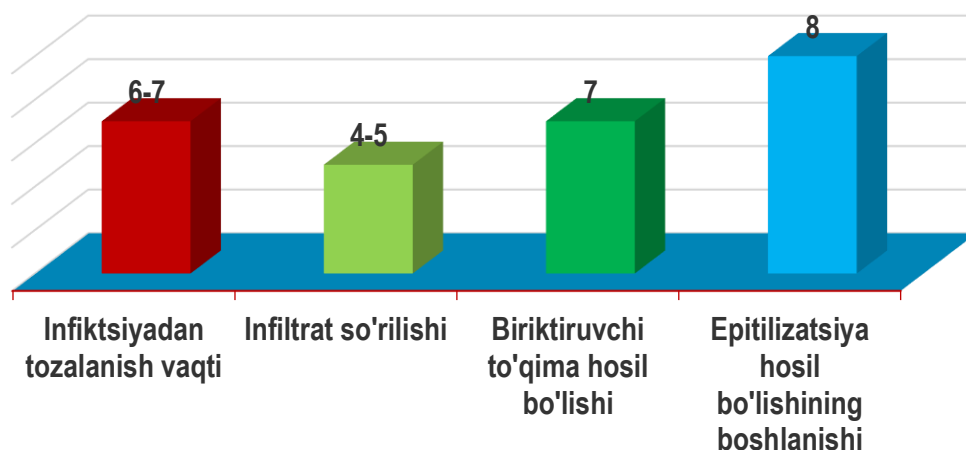
ekilgan shtammlar soni



5.2 rasm. Yumshoq to'qimalarining yiringli kasalliklari bilan bemorlarda yiringli jarohat ekssudatidan ekilgan mikrofloraning tur tarkibi III-guruhda (n=27)

III - guruhni bakteriologik tekshiruvini o'tkazishda tekshirilgan 27 nafar bemorning 16 tasida (59,2%) mikroflora assotsiatsiya, 11 (40,7%) bemorda mikroflora monokultura ko'rinishida aniqlandi. Aksariyat hollarda 12 (44,4%) bemorga patogen stafilokokklar ekilgan. 9 ta (33,3%) kuzatishda ichak tayoqchasi ekilgan. Aniqlanish chastotasi bo'yicha keyingi o'rinda Proteus bo'ldi - 6 (22,2%) kuzatuv. 4 (14,8%) holatda streptokokklar kuzatilgan. Pseudomonas aeruginosa 2 ta (7,4%) ekilgan.

III -guruhdagi bemorlarda yiringli jarohatlarning mikrobdan ifloslanish darajasini tahlil qilish ham quyidagicha bo'ldi: qabul qilish vaqtida mikrobial kontaminatsiya o'rtacha 108 mt / g ni tashkil etdi, jarohatni jarrohlik yo'li va malhamli boglov bilan davolashdan keyingi kun, uning qiymati 105 mt/g. Ushbu bemorlarda kompleks davolashning 7-kuniga kelib to'qimalarni mikrobial kontaminatsiya darajasi kritik darajadan past bo'lib, 10^2 mt / g tashkil etdi.



5.3-rasm. Bemorlarda jarohatning toza bo'lishi va bitish vaqti Yiringli-nekrotik kasalliklar bilan taqqoslash, III - kichik guruh (n=27)

III- guruhdagi bemorlarda jarohatni tozalash va bitishsh vaqtini tahlil qilish natijalari (5.3-rasm) shuni ko'rsatadiki, bu bemorlarda jarohatlar infeksiyadan o'rtacha $7,0 \pm 0,5$ kunga tozalangan. Beshinchi kunga kelib infiltratning rezorbsiyasi qayd etildi.

Shu bilan birga, granulyatsiya paydo bo'lishining boshlanishi, o'rtacha, ettinchi kuni qayd etilgan. O'ninchi kunga kelib, asosan

sitogrammalarning regenerativ turi qayd etildi. Ushbu ma'lumotlar sitologik va gistologik tadqiqotlar bilan tasdiqlangan.

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

Bemor Ch.Sh, 1965 y. Anamnez No 02074/302 Buxoro klinik shifoxonasining yiringli jarrohlik bo'limiga dumgaza sohasida og'riq, shishish, qizarish va infiltrat, umumiy holsizlik, tana haroratining $39,4^{\circ}$ gacha ko'tarilishi, titroq, darmonsizlik, ishtahaning yo'qligi shikoyatlari bilan yotqizilgan. Anamnezdan: 4 kundan beri kasal. U kasalligini hech nima boglamaydi.

Ambulatoriya sharoitida davolangan, olingan: tab. Ciprolet 500 mg dan kuniga 2 marta, mahalliy ravishda malham boglami qo'llanilgan. Bemorning ahvoli dinamikasida yomonlashgan, terining shishishi va qizarishi, og'riq kuchaygan, tana haroratining ko'tarilishi kuzatilgan. Shundan so'ng unga kasalxonaga yo'llanma berilgan va yiringli jarrohlik bo'limiga yotqizilgan. Ob'ektiv: bemorning umumiy ahvoli o'rtacha og'irlikda, terisi va ko'rinadigan shilliq pardalari oqargan. Yurak tovushlari bo'g'iqlik, qon bosimi 120/80 mm simob ustuni. Puls tezligi daqiqada 98 marta. Ikki tomondan o'pkada vezikulyar nafas eshitiladi. Til etarlicha nam emas, qorin yumshoq, og'riqsiz.

Mahalliy: koksiks sohasida tekshirilganda 4,0x2,0 sm o'lchamdagi shish paydo bo'ladi, terining keskin giperemiyasi, shishishi kuzatiladi. Palpatsiya paytida o'tkir og'riqlar, dalgalanma va mahalliy gipertermiya aniqlanadi.

Tashhis qo'yildi: dumg'aza sohasi xo'ppozi.: II- turdagi qandli diabet. Diffuz toksik bo'qoq II- daraja. Bajarildi: dumgaza sohasining xo'ppozining ochilishi, taxminan 9,0 ml qalin yiringli oqindi mustaqil ravishda ajraldi. Bakteriologik tekshirish uchun yiringli ekssudat olingan. Jarohat bo'shlig'i 3% vodorod periks eritmasi bilan ishlov berilgan, quritilgan va 25% dimetil sulfoksid eritmasi bilan yuvilgan va quritilgan. Nekrotik yumshoq to'qimalarni kesish amalga oshirildi, so'ngra dimetil sulfoksid va levomekol malhamining 25% eritmasiga namlangan boglov qo'yildi.

Qalqonsimon bez gormonlarini aniqlandi: T3 4,13 nmol/l, T4 178 nmol/l. TSH-0,03, Na⁺, K⁺, Ca⁺ qon 157 mmol/l, 4,52 mmol/l, 3,61 mmol/l. Qonda qand miqdori 14,4 mmol/l. Jarohat muhitining pH qiymati 5,7; BK - 1,0; jarohatning bakterial ifloslanishi 10^9 mt/g. Qon testlaridan: L - $15,4 \cdot 10^9 / l$; LII - 2,4, ESR - 46,0 mg/soat, O;MM - 0,198 birlik. Jarohat to'qimalari PO₂ 28,7 mm.sim.ust.

Bakteriologik tekshiruvda seftraksionga sezgir St.aureus anidlandi. Bemorga seftriokson 1,0 g dan kuniga 2 marta mushak ichiga buyurildi.

Bundan tashqari, bemorga dezintoksikasiya, immunostimulyatsiya qiluvchi terapiya, Merkozalil 1 tab. Kuniga 3 marta. Insulin terapiyasi: oddiy insulin ertalab 6 birlik 7.00, tushdan keyin 12 birlik 12.00, 18.00 da 8 birlik, 22.00 da 4 birlik. Mahalliy davolash dimetil sulfoksid eritmasi bilan jarohatni tozalash va levomekolni qo'llash bilan har kuni bog'lashdan iborat. malham. Davolashning 3-4-kunida jarohat atrofida qizarish va infiltratsiya sezilarli darajada kamaydi. Shu bilan birga, jarohatning bakterial ifloslanishi 105 mt/g, jarohat muhitining ph 6,6; Kompyuter - 1.24. Jarohat yuzasining qisqarishi 3,8% ni tashkil etdi. Bemorning tana harorati +36,9⁰S, qon leykotsitlari - 7,3x10⁹/l, O`MM - 121 birlik, LII - 1,9, EChT - 42 mm/soat. Faqat davolashning 7-8- kunida jarohat jarayonining 2-bosqichiga xos klinika paydo bo'ldi: jarohat atrofida infiltratsiya yo'qoldi, granulyatsiya to'qimalari paydo bo'ldi, jarohat eksudatining bakterial ifloslanishi 103 mt / g, ph. jarohat muhiti 5,3, BK - 1,4, bemorning tana harorati +37,0⁰C, qonda leykotsitlar - 8,0x 10⁹/l, O`MH-0,161 birlik, LII-1,8, EChT-31 mm/soat. Jarohat to'qimalarining PO₂ 29,3 mm.Hg.ust. edi.

8-9-kunga kelib, shirali granulyatsiya fonida jarohat qirralarining epitelizatsiyasi boshlandi, jarohat muhitining ph darajasi 7,1, tana harorati normal holatga keldi (36,6 ° C), qon leykotsitlari - 7,1x10⁹/l, O`MM - 0,108 birlik, LII - 1,3, EChT - 16,1 mm / soat, to'qimalarning PO₂ 34,1 mm Hg ust. Qalqonsimon bez gormonlarini o'rganish: T3 2,54 nmol/l; T4 134 nmol/l; TSH-0,32; Na +, K +, Ca + qonning mineral almashinuvi ko'rsatkichlari mos ravishda 140 mmol / l, 3,28 mmol / l, 3 mmol / l. Qon shakari 7,8 mm/l.

Bemor ambulator davolanish uchun chiqarildi.

Ushbu misoldan ko'rinib turibdiki, intoksikatsiyaning asosiy ko'rsatkichlarining normallasishi davolanishning 9-10 kunida sodir bo'ldi.

O'tkazilgan sitologik tadqiqotlar jarohat jarayonining dinamikasi bo'yicha klinik va laboratoriya tadqiqotlari natijasida olingan ma'lumotlarni tasdiqladi.

Uchinchi guruh bemorlarida mineral, uglevod almashinuvi va qalqonsimon gormonlar ko'rsatkichlarini o'rganish natijalari 5.4 va 5.5-jadvallarda keltirilgan.

III- guruhdagi bemorlarda mineral va uglevod almashinuvi ko'rsatkichlarini tahlil qilish o'ziga xos xususiyatlarga ega edi: qabul qilingan kuni normadan og'ishlar qayd etilgan. Davolash jarayonida ko'rsatkichlarning normallasishi II- guruhga qaraganda sezilarli darajada tezroq o'rtacha 3 kun oldinda qayd etildi.

5.4-jadvalda ko'rsatilganidek, qabul qilingan kuni qondagi Na+ indeksi 162 ± 3,4; K+ 1,94±0,41; Qonda Ca+ 3,78±1,16 ga teng edi. III -

guruhdagi bemorlarda qondagi qandning dastlabki darajasi o'rtacha $14,2 \pm 1,6$ ga teng edi. Yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashda qondagi qand darajasini bir vaqtning o'zida tibbiy tuzatish bilan ko'rsatkichlar asta-sekin meyoriy holatga qaytdi (5.4-jadval).

5.4-jadval Bemorlarda minerallar va uglevodlar almashinuvi ko'rsatkichlarini dinamik taqqoslash. III-guruhda (n=27)

Ko'rsatgich	Kuzatuv vaqti				
	Meyoriy	Qabul kuni	3-kun	5 -kun	7 -8-kun
qonda Na ⁺	136-145 ммоль/л	$162 \pm 3,4$	$151 \pm 3,1$	$146 \pm 3,9$	$138 \pm 3,7$
qonda K ⁺	3,4-5,6 ммоль/л	$1,94 \pm 0,41$	$2,14 \pm 0,28$	$3,18 \pm 0,35$	$3,92 \pm 0,71$
qonda Ca ⁺	2,03-2,6 ммоль/л	$3,78 \pm 1,16$	$3,74 \pm 1,06$	$2,62 \pm 1,14$	$2,35 \pm 1,15$
qondaqa nd	4,5-7,0 ммоль/ л	$14,2 \pm 1,6$	$12,1 \pm 1,4$	$10,3 \pm 1,8$	$7,0 \pm 1,4$

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$)

Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan III- guruh bemorlarida qalqonsimon bez gormonlarini o'rganish ushbu guruhdagi qalqonsimon bez gormonlari darajasining qabul kunida normadan sezilarli darajada og'ishini aniqladi.

Keyinchalik kompleks davolash jarayonida bu ko'rsatkichlarning barchasi asta-sekin normal holatga qaytdi (5.5-jadval).

5.5-jadval Bemorlarda qalqonsimon bez garmoni ko'rsatkichlarini dinamikada kuzatish III-guruhda (n=15)

Ko'rsatgich	Kuzatuv vaqti				
	Meyoriy	Qabul vaqti	3-kun	5 -kun	7 -kun
T3 нмоль/л	1,5-3,8	$5,2 \pm 0,27$	$4,4 \pm 0,45$	$3,84 \pm 0,51$	$2,92 \pm 0,33$
T4 нмоль/л	90-120	$168,8 \pm 3,72$	$131,6 \pm 3,14$	$122,1 \pm 3,26$	$117,6 \pm 3,36$
ТТГ мкМЕ/л	0,10-4,0	$0,032 \pm 0,017$	$0,088 \pm 0,021$	$0,12 \pm 0,012$	$0,28 \pm 0,013$

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy farqlari (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$)

Jarohat to'qimalarida kislorodning porsial bosimini aniqlash 1-kuni jarohat to'qimalarida PO_2 ning dastlabki kuchlanishi $21,8 \pm 1,8$ mm Sim. ust, ya'ni. Buzilmagan to'qimalarning normal to'yinganlik darajasining 72,6%ni tashkil etdi.

Uchinchi kuni kompleks an'anaviy davolash fonida bu ko'rsatkich $26,4 \pm 1,9$ (normaning 88,0%) mm .Sim. ust ni tashkil etdi, dastlabki qiymatdan 15,4% ga sezilarli darajada oshmadi. Beshinchi kunga kelib, to'qimalarning PO_2 indeksi $29,8 \pm 2,6$ (normaning 99,3%) mm Sim. ust darajasida erishildi, keyin ettinchi kunga kelib ko'rsatkichlar normallashtirildi $34,2 \pm 2,9$ mm .sim. ustga etdi. (5.6-jadval).

Hamrohlikdagi endokrin kasalliklari: diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda jarohat to'qimalarining transkutan oksimetriyasi natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bemorlar qabul qilingan kunida jarohat devorining dastlabki PO_2 me'yordan sezilarli darajada past bo'ldi, va bu taxminan 37,3% tashkil etdi.

Davolash kursining 7-kunga kelib, bu ko'rsatkichlar asta-sekin meyoriy holatga qaytdi, antikoagulyantlar va vazodilatatorlar davolash kompleksiga kiritilmagan II- guruhdagi bemorlardan 2-3 kun oldinda bo'lib, uglevod, mineral va oqsil almashinuvining buzilishi amalga oshirilmagan.

5.6-Jadval

Bemorlarda jarohat to'qimasida PO_2 ko'rsatkichlarini dinamikada kuzatish. III-guruh bemorlar n=27

Ko'rsatkich	Kuzatuv vaqti				
	1-kun	3 -kun	5 -kun	7 -kun	8 –kun
Jarohatto'qimasida PO_2 (mm sim.ust.)	$21,8 \pm 1,8$	$26,4 \pm 1,9$	$28,8 \pm 2,6$	$30,4 \pm 2,9$	$32,1 \pm 1,8$

Izoh: * - oldingi kunlardagi bemorlar tahlil ma'lumotlarining nisbiy faqlari (* - $P<0,05$, ** - $P<0,01$, *** - $P<0,001$)

Yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan III-guruh bemorlarini kombinatsiyalashgan kasalliklar fonida o'rganishda: diffuz toksik bo'qoqva qandli diabet hamrohligi fonida, mineral, uglevod, oqsil metabolizmi va mikrosirkulyatsiya buzilishlarini tuklagan holda, kasallikning quyidagi xususiyatlari aniqlandi. Jarohat jarayoni: tananing

intoksikatsiyasining barcha ko'rsatkichlari, Ph-jarohat muhiti va bemorlarni qabul qilish kunidagi jarohatning PO₂ ko'rsatkichlari II -guruhdagi kabi me'yordan sezilarli darajada chetga chiqdi. Gormonal, uglevod, mineral, oqsil almashinuvi va mikrosirkulyatsiya buzilishlarini an'anaviy davolash va erta tuklash jarayonida III-guruhdagi bemorlarda dinamikada bu ko'rsatkichlar II-guruhga qaraganda tez sur'atda normallashti va 2-3 kun ga o'sdi. Shu bilan birga, yotoq kunlari $8,5 \pm 0,5$ kunni tashkil etgan bo'lsa, II -guruh bemorlarida bu ko'rsatkich $10 \pm 1,4$ kunni tashkil etdi.

Shuni ta'kidlash kerakki, bemorlarning II va III- guruhlari o'rtasida o'tkazilgan tadqiqot natijalarining qiyosiy tahlili quyidagilarni aniqladi: -gormonal, uglevod, mineral, oqsil almashinuvi va mikrosirkulyatsiya buzilishlarini erta tiklashni bemorlarni davolash kompleksiga kiritish.

Kombinatsiyalashgan endokrin kasalliklar, qandli diabet va diffuz toksik bo'qoq fonida yiringli jarrohlik kasalliklari bu barcha ko'rsatkichlarning, shu jumladan umumiy intoksikatsiyaning meyorlashishini, shuningdek, II-guruhdagi shunga o'xshash bemorlarga qaraganda 2-3 kun davomida tozalash va jarohatni bitish vaqtini tezlashtiradi. Bularning barchasi qandli diabet va diffuz toksik bo'qoqning kombinatsiyalangan endokrin kasalliklari fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolash ushbu endokrin kasalliklarning alohida paydo bo'lishidan ko'ra qiyinroq ekanligini ko'rsatadi.

Shunday qilib, I, II va III- guruhlardagi bemorlarni davolash natijalarini qiyosiy tahlil qilish quyidagi xususiyatlarni aniqladi:

- an'anaviy davolash usuli bilan yiringli jarohatni mahalliy davolash uchun levomekol malhamidan foydalanish jarohatni to'liq tozalashga, intoksikatsiyaning klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini normallashtirishga olib keladi.

Shu bilan birga, jarohat jarayonining borishini baholash uchun tananing intoksikatsiyasining ko'rsatkichlari (L, O`MM, LII, EChT) va jarohat ekssudatining biokimyoviy ko'rsatkichlari (PH, jarohat ekssudati oqsili, Mazurik bo'yicha BK) mavjudligi muhim diagnostik va prognostik ahamiyatga ega.

Jarohat jarayonining asosiy baholash mezonlari va dinamikasi ko'rsatkichlari, bu, davolashning 2-3 kunida jarohatni infektsiyadan tozalash muddati, davolanishning 3-4 kunida granulyatsiya boshlanishi, 5-6 kun ichida epitelizatsiya boshlanishi.

Taqqoslash guruhidagi bemorlar uchun davolashning o'rtacha davomiyligi $6 \pm 0,7$ kunni tashkil etdi. Bu jarayonlarning barchasi mineral,

uglevod va oqsil almashinuvining normal ko'rsatkichlari, shuningdek, PO_2 ko'rsatkichlari fonida sodir bo'ladi.

- Yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan II-guruh bemorlarini an'anaviy davolash usuli bilan birga keladigan kasalliklar, diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida o'rganish jarohat jarayonining quyidagi xususiyatlarini aniqladi: intoksikatsiyaning barcha ko'rsatkichlari. harorati, Ph-jarohat muhiti va jarohatning PO_2 ko'rsatkichlari bemorlarning kunlik tushumlari I-guruhdagi bemorlarga qaraganda normadan sezilarli darajada chetga chiqdi. An'anaviy davolash usulida dinamikada bu ko'rsatkichlar I-guruhga qaraganda sekinroq normallashti va 2 kunga qisqardi. Shu bilan birga, o'rtacha yotoq kunlari $10 \pm 1,4$ kunni tashkil etgan bo'lsa, I-guruhdagi bemorlarda bu ko'rsatkich $8 \pm 1,5$ kunni tashkil etdi.

- jarrohlik aralashuvga qo'shimcha ravishda, gormonal, mineral, uglevod, oqsil almashinuvini, shuningdek, mikrosirkulyatsiya buzilishlarini bir vaqtda tuklash diffuz toksik bo'qoq va qandli diabetning kombinatsiyalangan fonida yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolashning eng yaxshi usuli hisoblanadi.

XOTIMA

Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligida keladigan kasalliklar bilan jarohatlar va jarohat infeksiyasini davolash muammosini o'rganishning dolzarbligi ushbu patologiya duniyoda tarqalishi bilan bog'liq bo'lib, kasallanish tarkibida asosiy yo'nalishlardan birini egallaydi. Shuningdek mehnatga layoqatsizlik yoki ish qobiliyatini yo'qolishiga, nogironlik va o'lim holatlariga olib keladi. Bugungi kunga kelib, Xalqaro diabet federatsiyasi ma'lumotlariga ko'ra, o'rtacha 415 millionga yaqin odam qandli diabet bilan kasallangan. O'tkazilgan statistik va tahliliy tadqiqotlar 2040-yilga borib ularning soni 642 millionga ko'payishini ko'rsatmoqda. Shunga asoslanib, ushbu guruhdagi bemorlarning hayoti davridagi asoratlarning rivojlanish holati va nogironligi to'g'risida to'liq ma'lumot olish imkoniyati dolzarb muammo hisoblanadi. Ushbu ma'lumotlar "Qandli diabet" registrining yagona tizimiga ma'lumotlarni keyinchalik saqlash bilan kiritilishi mumkin, bu butun mamlakat bo'ylab qandli diabetni monitoring qilishning avtomatlashtirilgan tizimi bo'lib, bu registr bemorlarni ular kiritilgan paytdan boshlab joriy etish va dinamikasini ta'minlaydi.

O'zbekiston olimlari (Urmanova Yu.M. va b. 2018) O'zbekiston Respublikasini yod yetishmaydigan hududlarga mansubligini ta'kidlaydilar. Shu bilan birga, tekshirilgan o'smirlarning 2/3 qismi yod tanqisligi va qalqonsimon bez kasalliklari fonida umumiy rivojlanishning u yoki bu buzilishidan aziyat chekadilar. Muammoning hozirgi holati ushbu tadqiqotni talab qildi, uning maqsadi qandli diabet va diffuz toksik bo'qoq fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari kechishining klinik va laboratoriya xususiyatlarini o'rganish edi.

Belgilangan vazifalar tadqiqot o'tkazish tartibini aniqladi. Ish ikki asosiy qismdan iborat edi. Birinchi bosqichda yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rikan 77 nafar bemorning tibbiy hujjatlarini retrospektiv tahlil qildik. Ulardan 56 nafar bemorda endokrin patologiyasi yo'q, 21 nafar bemorda, diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yiringli jarohatlari bo'lgan bemorlar.

Yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan bemorlarda o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, jarohat jarayoni endokrin patologiya bilan birga kelganida ma'lum xususiyatlarga muvofiq davom etadi. Shunday qilib, levomekol malhamining mahalliy go'llanganda u jarohatlarni to'liq tozalashni ta'minlashi, to'qimalarga suvsizlantiruvchi, yallig'lanishga qarshi va mikroblarga qarshi ta'sir ko'rsatishi kabi foydali ta'siri aniqlandi.

Organizmdagi zaharlanishni aniqlash darajasi: L, O'MM, LII, EChT; zararli to'qimadagi ekssudatning biokimyoviy xususiyatlari: Ph, jarohat

ekssudati oqsili, Mazurik bo'yicha BK, jarohatda jarayonnining kechishini kuzatish va baholash uchun monitoring o'tkaziladi. Jarohat to'qimalarining kislorod bilan to'yinganligini PO_2 ma'lumotli o'rganish o'rganildi. Ijobiy dinamika bilan jarohat to'qimalarining $-PO_2$ ko'rsatkichlari, bakteriologik va biokimyoviy ko'rsatkichlari o'rtasida ma'lum bir bog'liqlik mavjudligi aniqlandi. Jarohat infeksiyadan tozalanganda, jarohat muhitining Ph darajasi kislotadan neytralga o'zgaradi. Shu bilan birga, RO_2 ko'rsatkichlari to'g'ridan-to'g'ri mutanosib ravishda oshadi.

Yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bilan taqqoslashning birinchi guruhidagi bemorlarni o'rganish an'anaviy davolash usuli bilan jarohatda jarayonnining kechishini quyidagi xususiyatlarini aniqlandi: yiringli jarohatni mahalliy davolash uchun levomekol malhamidan foydalanish. jarohatni to'liq tozalash, intoksikatsiyaning klinik va laboratoriya ko'rsatkichlarini meyorilashtiradi. Taqqoslash guruhidagi bemorlar uchun davolashning o'rtacha davomiyligi $6 \pm 0,7$ kunni tashkil etdi.

Shuni ta'kidlash kerakki, ushbu guruh bemorlarining morfologik tadqiqotlari natijalari klinik amaliyotda keng ma'lum bo'lgan jarohatda jarayonnining an'anaviy zamonaviy nazariyasiga to'liq mos keldi va tasdiqladi.

Jarohatning birinchi destruktiv-yallig'lanish bosqichi giperemiya va shishishning pasayishi bilan ikkinchi regenerativ fazaga o'tishi davolashning 4-5 kunida kuzatildi. Biz tomonimizdan o'tkazilgan morfologik va gistopatologik tadqiqotlar shuni tasdiqladiki, an'anaviy davolash davom etishi bilan jarohatda jarayonnining ikkinchi yoki uchinchi bosqichiga o'tish, davolash boshlanganidan 7-8 kun o'tgach sodir bo'ladi.

Shunga asoslanib, yiringli jarohat bilan birga keladigan endokrin patologiyasi bo'lmagan bemorlarda an'anaviy davolash usulidan foydalanish jarohatlarni patogen mikrofloradan tozalanishini tezlashtirishi va regeneratsiya, epitelizatsiya jarayonlarini tezlashtirishi, umuman sitologik holatni yaxshilashi aniqlandi.

Bu jarayonlarning barchasi mineral, uglevod, garmonal va oqsil almashinuvinining meyoriy ko'rsatkichlari fonida sodir bo'ladi. Bu dinamik ko'rsatkichlar va yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni endokrin kasalliklar kombinatsiyalashgan fonida, xususan, mintaqamizda eng ko'p mustaqil ravishda ham, birga keladigan kasalliklar sifatida ham uchraydigan qandli diabet va diffuz toksik bo'qoq kombinatsiyalashgan turi bilan davolash natijalarini o'rganishga qiziqish uyg'otdi. Oxirgi holat jarrohlik bemorlarni davolash natijalarini murakkablashtiradi va yomonlashtiradi. Bularning barchasi biz ishimizning keyingi bosqichlarida bajargan vazifani qo'ydi.

Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan II-guruhidagi bemorlarni an'anaviy usul bilan davolashda jarohatda jarayonnining kechishini quyidagi xususiyatlari aniqladi: qonda qand miqdori qabul qilish kunida o'rtacha $12,8 \pm 1,1$; jarohat to'qimalarining PO_2 $23,7 \pm 1,9$ jarohatda jarayonnining 3-bosqichga o'tishi davolashning 7-8 kunida sodir bo'ladi, ijobiy dinamika bilan davolash jarayonida bu barcha ko'rsatkichlar bir-biri bilan ma'lum bir korrelyatsiyaga ega.

I-guruh va II- guruhda jarohat jarayonini baholash mezonlari va organizmning umumiy intoksikatsiyasi ko'rsatkichlarini normallashtirish muddatlarini qiyosiy tahlil qilish, toksik bo'qoq va qandli diabet kombinatsiyalashgan fonda yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarda I -guruhdagi endokrin kasalliklari bo'lmagan bemorlarga qaraganda 2-3 kunga kechikishlarni aniqladi.

Yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bo'lgan II-guruhidagi bemorlarni o'rganishda jarohatda jarayonnining quyidagi xususiyatlari aniqlandi: toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida an'anaviy davolash usuli bilan qalqonsimon bez gormonlari qabul qilingan kuni T3 $4,1 \pm 0,17$, T4 $138 \pm 3,45$, TSH $0,085 \pm 0,012$, jarohat to'qimalarining PO_2 $25,1 \pm 1,7$ ga teng bo'lgan, jarohatda jarayonnining 3-bosqichga o'tishi 6-7 kunlarda sodir bo'ladi. davolash, garchi bu ko'rsatkichlarning barchasi bemorlarning I- guruhidan 2-3 kunga kechiksa ham, II- guruhidan 1-2 kun oldinda edi.

II- guruhidagi jarohatda jarayonni baholash mezonlari va organizmning umumiy intoksikatsiyasi ko'rsatkichlarini meyorlashtirish muddatlarini oldingi guruhlar bilan qiyosiy tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, bu ko'rsatkichlarning barchasi I-guruhdan 2-3 kunga va II- guruhidan 1-2 kunga kechikib ketgan.

II- guruhidagi bemorlarda morfologik ko'rinishdagi farqlar ahamiyatsiz edi, ammo shu bilan birga II- guruhidagi bemorlarda toksik bo'qoq va qandli diabet kombinatsiyalashgan fonda qon tomir o'zgarishlar, I- guruhiga qaraganda sezilarli darajada aniqroq edi. Yallig'lanishni birinchi bosqichidagi jarohat jarayonining morfologik ko'rinishi va uning dinamikasi endokrin kasalliklari birgalikda bo'lgan bemorlarda hamda endokrin kasalliklari bo'lmagan bemorlarning nazorat guruhidagi jarohat jarayonining morfologik rasmidan sezilarli darajada farq qiladi.

Birinchi guruhdagi bemorlarda an'anaviy davolash fonida jarohatda jarayonnining morfologik holati, ikkinchi guruh bemorlariga qaraganda nisbatan tezroq o'zgardi. II-guruhdagi jarohatdagi jarayonnining birinchi yallig'lanish bosqichidan 2-3-fazaga o'tishining morfologik ko'rinishi endokrin

patologiyasi bo'lmagan birinchi guruhlariga kiritilgan bemorlarga qaraganda 4-5 kunlik kechikish bilan o'zgardi.

Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligida kombinatsiyalashgan endokrin kasalliklarning mavjudligi va yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarining salbiy kechishi o'rtasidagi o'zaro bog'liqlik gormonal, uglevod, oqsil va mineral metabolism buzilishlarini, shuningdek, jarohat to'qimalarining kislorod bilan to'yinganligini, Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashda yuqoridagi holatlarni o'z vaqtida tiklashga e'tibor qaratish zarurligini ko'rsatdi.

Yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan III- kichik guruhidagi bemorlarni uglevod, mineral, oqsil almashinuvi va mikrosirkulyatsiya buzilishlarini o'z vaqtida tuklagan holda o'rganishimiz jarohatda jarayonning kechishini quyidagi xususiyatlarini aniqladi: qabul qilingan dastlabki kunda o'xshash II- va III- guruhlar bemorlarning uglevod, oqsil va mineral metabolism darajasi bir xil edi. Davolash kompleksiga bir vaqtning o'zida uglevod va oqsil va mineral almashinuvi buzilishlarini, shuningdek jarohat to'qimalarining PO_2 indeksini kiritish bilan regenerativ jarayonlar tezlashadi, intoksikatsiya ko'rsatkichlari kamayadi.

II- va III- guruhlardagi jarohatda jarayonni baholash mezonini va organizmning umumiy intoksikatsiyasi ko'rsatkichlarini meyorlashtirish muddatlarini qiyosiy tahlil qilish, bu ko'rsatkichlarning tezlashishini, uglevod, mineral va oqsil almashinuvi buzilishlarni o'z vaqtida tuklash, davolashning 2-3 kunida meyorlashtirishini ko'rsatdi. III- guruhidagi bemorlarda statsionar davolanishning o'rtacha davomiyligi $8 \pm 0,4$ kunni tashkil etdi, bu II- guruhga nisbatan 2 sutkaga kam edi.

Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet kombinatsiyalashgan fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan III- guruhidagi bemorlarni o'rganishda jarohatda jarayonning kechishida quyidagi xususiyatlar aniqlandi: an'anaviy davolash usuli bilan: qabul qilingan kunda qalqonsimon bez garmonlari darajasi. T3; $5,12 \pm 0,17$ mmol/l ga, T4 $142,5 \pm 3,39$ mmol/l ga, TTG $0,065 \pm 0,019$ mmol/l ga, jarohat to'qimalarining PO_2 $25,2 \pm 1,4$ ga teng bo'lgan, jarohatdan jarayonning 3-bosqichga o'tishi. davolashning 5-kunida sodir bo'ldi. Bu ko'rsatkichlarning barchasi II- guruhidagi bemorlarning ko'rsatkichlaridan 2 kun oldinladi. III- guruhidagi bemorlarda statsionar davolanishning o'rtacha davomiyligi $7,5 \pm 0,5$ kunni tashkil etdi, bu II- guruhga nisbatan 2 kunga kamaydi. Bemorlarning I, II va III guruhlarini davolash natijalarini qiyosiy tahlil qilishda quyidagi qiziqarli holat aniqladi:

- yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bilan og'rgan bemorlarda o'tkazilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, jarohatda jarayonni profilaktikasi ma'lum xususiyatlarga muvofiq davom etadi. Shunday qilib, mahalliy foydalanish uchun levomekol malhamining foydali ta'siri aniqlandi, bu jarohatlarni to'liq tiklashni ta'minlaydigan, zararlangan to'qimalarga suvsizlantiruvchi, yallig'lanishga qarshi va mikroblarga qarshi ta'sir ko'rsatadi. Tananing zaharlanish darajasini aniqlash: L, O`MM, LII, EChT; va to'qima ekssudatning biokimyoviy xususiyatlari: Ph, jarohat ekssudati oqsili, Mazurik bo'yicha BK, jarohatda jarayonning borishini kuzatish va baholash imkonini beradi.

Shunday qilib, jarohatda jarayonning asosiy baholash mezonlari ko'rsatkichlari va dinamikasini o'rganish shuni ko'rsatdiki, jarohatni infeksiyadan tozalash vaqti davolashning 2-3 kunida, granulyatsiya boshlanishi 3-4 kunida qayd etilgan. Davolashning 5-6-kunida epitelizatsiya boshlanishi kuzatilgan. Taqqoslash guruhidagi bemorlar uchun davolashning o'rtacha davomiyligi $6 \pm 0,7$ kunni tashkil etdi. Bu jarayonlarning barchasi mineral, uglevod, gormonal va oqsil almashinuvining, shuningdek, PO_2 ning meyoriy ko'rsatkichlari fonida sodir bo'ldi. Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet kombinatsiyalashgan fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rgan bemorlarni davolashning an'anaviy usuli bilan: intoksikatsiyaning barcha boshlang'ich ko'rsatkichlari va jarohat to'qimalarining PO_2 me'yorida sezilarli darajada uzoqlashdi. An'anaviy davolash jarayonida jarohatda jarayonning 3-bosqichga o'tishi davolanishning 7-8 kunida sodir bo'ldi. Tananing umumiy intoksikatsiyasining va PO_2 ning barcha ko'rsatkichlari muddatlarini meyoriylashishi, jarohatni tozalash va bitish muddati birga keladigan endokrin kasalliklar bo'lmagan 1-nazorat guruhidan o'rtacha 2-3 kunga uzoqlashdi. II- guruhining yuqoridagi barcha ko'rsatkichlarini I guruhdagi bemorlarning ko'rsatkichlari bilan qiyosiy tahlil qilish shunga o'xshash ko'rinishga ega edi.

Tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet kombinatsiyalashgan fonidagi kabi dahshatli kasalliklar bilan og'rgan bemorlarni davolash, yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rgan bemorlarni davolashdan ancha qiyin. Tanadagi ushbu patologiyada me'yordan ko'p yo'nalishli og'ishlar, shu jumladan uglevodlar, minerallar, oqsillar, gormonal metabolism va mikrosirkulyatsiya buzilishi, tananing reparativ jarayonlariga salbiy ta'sir qiladi, bu yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklarini davolashda asosiy omildir.

Jarrohlik aralashuviga qo'shimcha ravishda, gormonal, mineral, uglevod, oqsil almashinuvini, shuningdek, mikrosirkulyatsiya buzilishlarini bir vaqtda

tuzatish diffuz toksik bo`qoq va qandli diabet kombinatsiyalashgan fonida yumshoq to`qimalarning yiringli kasalliklari bilan og`rigan bemorlarni davolashning eng yaxshi usuli hisoblanadi.

Turli guruhlardagi bemorlarning yiringli jarohatlari surtma materialidan o`tkazilgan morfologik tadqiqotlar natijasida quyidagi qiziqarli fikrlar aniqlandi: - bemorlarda endokrin kasalliklar foni bilan birga bo`lmagan yiringli jarohatlarda jarohatlarni keng tarqalgan an'anaviy davolash jarayoni ma'lum uch bosqich bo'yicha davolash davom ettiriladi. Shu bilan birga, yiringli jarohatlarning morfologik rasmi 4-5 kun ichida granulyatsiya jarayonlarining paydo bo'lishini, shishning yo'qolishini, jarohatning nekrotik to`qimalardan tozalanishini tasdiqlaydi, bu jarohatda jarayonnining ikkinchi bosqichga o'tishini ko'rsatadi. Ulardan farqli o'laroq, birga keladigan endokrin kasalliklar, diffuz toksik bo`qoq va qandli diabet kombinatsiyalashgan fonida bilan og`rigan bemorlarda jarohat jarayoni o'ziga xos morfologik xususiyatga ega, bu jarohat to`qimalarining yanada aniq shikastlanishi va yallig'lanish belgilarida namoyon bo'ladi.

An'anaviy davolash jarayonida endokrin kasalliklar bilan birga bo`lmagan bemorlarga qaraganda jarohat to`qimalarining morfologiyasini normallashtirish tendentsiyasi sekinroq kechadi. Shu bilan birga, birinchi bosqichning 2-3 bosqichga o'tishi xuddi shunday an'anaviy davolanishga ega bemorlarning I guruhiga qaraganda 4-5 kungacha kechikish bilan 9-10 kunga to'g'ri keladi. Endokrin patologiya, qandli diabet va diffuz toksik bo`qoq kombinatsiyalashgan fonida yiringli jarohatlari bo'lgan bemorlarni kompleks davolashda mineral, uglevodlar, oqsillar, gormonal metabolizm va mikrosirkulyatsiya buzilishlarini tuklaganda, an'anaviy dorilarni qo'llagan bir guruhdagi bemorlarga qaraganda jarohatning bitishi tezroq davom etadi. Bunday holda, jarohatda jarayonnining 1-bosqichining 2-3-bosqichga o'tishi davolanishning 7-8 kunida sodir bo'ladi, bu esa 2-3 kunga tezlashadi.

Shunday qilib, olingan natijalar bizga tavsiya qilish imkonini beradi: klinik amaliyotda, diffuz toksik bo`qoq va qandli diabet kombinatsiyalashgan fonida yiringli jarohatlarni davolashda, jarohat to`qimalarining morfologiyasini o'z vaqtida aniqlash bilan dinamik o'rganishlar natijasida shuni ta'kidlash lozim: oqsil, gormonal, minerallar, uglevod almashinuvidagi og'ish darajasi, shuningdek, mikrosirkulyatsiya buzilishlarini va bu buzilishlarni o'z vaqtida tuklash davolash natijalariga ijobiy ta'sir qiladi. Shu bilan birga, o'rtacha kunlik to'shak, kunlik hisobda 2 kundan 4 kungacha qisqaradi, bu esa davolash usulining iqtisodiy samarasiga yordam beradi.

XULOSALAR

1. Qo`shimcha endokrin kasalliklarsiz yumshoq to`qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og`rigan bemorlarni an`anaviy jarrohlik usulida davolashda jarohatning infeksiyadan tozalanishi davolashning 4-kunida, granulyatsiyaning boshlanishi 4-5-kunida, epitelizatsiya boshlanishi davolashning 7-kunida qayd etiladi. Bularning barchasi uglevodlar, minerallar va oqsillar almashinuvining meyoriy ko`rsatkichlari fonida sodir bo`ldi. Shu bilan birga, bemorlarni statsionar davolanishning o`rtacha davomiyligi $6,5 \pm 0,6$ kunni tashkil etdi.

2. Diffuz toksik bo`qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to`qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan kasallangan bemorlarda mineral, oqsil, gormonal almashinuv, shuningdek mikrosirkulyatsiyaning buzilishi va natijada jarohatni bitishi va tozalanish jarayoni endokrin kasalliklari bo`lmagan bemorlarga qaraganda ancha sekin kechadi. Shu bilan birga, jarohatlarni tozalanish va bitish vaqti bemorlarning I- guruhidan 2-3 kunga kechikadi.

3. Diffuz toksik bo`qoq va qandli diabetning hamrohligi fonida yumshoq to`qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og`rigan III – guruh bemorlarni kompleks davolashda mineral, oqsil, gormonal, uglevod almashinuvi va mikrosirkulyatsiya buzilishlarini korreksiya qilishni kiritish laborator ko`rsatkichkarni dinamikaga II-guruhdagi bemorlarga nisbatan 2-3 kun oldin tez sur`atda meyorilashishiga olib keldi. Shu bilan birga, jarohatda jarayonnining 1-bosqichining 2-bosqichga o`tishi ham 2-3 kunga tezlashadi, statsionar davolanishning o`rtacha davomiyligi $7,5 \pm 0,5$ kunni tashkil etdi.

4. Mineral, uglevod, oqsil, gormonal almashinuv va mikrosirkulyatsiya buzilishlarini erta korreksiya etish bo`yicha ishlab chiqilgan usul diffuz toksik bo`qoq va qandli diabetning homrohlikdagi fonida yumshoq to`qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashning optimal usuli hisoblanadi.

AMALIY TAVSIYALAR

1. Yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan og'rgan bemorlarni diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi foni bilan bemorlarni davolashda oqsillar, minerallar almashinuvi, uglevodlar almashinuvi va mikrosirkulyatsiyaning buzilishini hisobga olish kerak.

2. Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rgan barcha bemorlar qondagi qand miqdorini, mikrosirkulyatsiya buzilishlarini vazodilatator dorilar yordamida va qon reologiyasini yaxshilashni ertaroq amalga oshirishlari kerak.

3. Diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rgan bemorlarni davolashda mikrosirkulyatsiya buzilishlarini bartaraf etish maqsadida tomirlarni kengaytiruvchi kurantil preparati, antikoagulyantlar (geparin)ni, antitrombotik ta'siri hisobga olgan holda - kleksan, oqsil almashinuvi uchun: aminokislotalar, gormonal buzilishlarni tuklash uchun; gipoglikemik dorilarni individual dozasini, diffuz toksik bo'qoqda tireostatiklardan - Merkozalil 0,05 mg dan kuniga 3 marta buyurildi.

ANNOTATSIYA

Sharopova Malohat Sayfulloevna

TOKSIK BO'QOQ VA QANDLI DIABET HAMROHLIGIDA YO'LDOSH KASALLIKLARI BO'LGAN YIRINGLI XIRURGIK BEMORLARNI DAVOLASH USULLARI

Monografiya mavzusining dolzarbligi va zarurati. Dunyoda jarohat infeksiyasini davolash antibakterial preparatlardan foydalangan holda amalga oshiriladi. Ammo «...yiringli xirurgik kasalliklar etiologiyasida muhim ahamiyat kasb etuvchi patogen mikroorganizmlar sezilarli virulentlik, bioo'zgaruvchanlik va antibiotikorezistentlik xususiyatlariga ega...». Xalqaro qandli diabet federatsiyasi (XQDF) ma'lumotlariga ko'ra, ayni vaqtda dunyoda qandli diabetga chalingan 415 million bemor ro'yxatga olingan. 2040 yilga borib qandli diabetga chalingan bemorlar soni 642 million kishiga yetishi kutilmoqda. Qandli diabet bilan og'rikan bemorlar soni oshayotganligi tufayli bunday bemorlarning sog'lig'i to'g'risida ishonchli ma'lumot olish ehtimoli dolzarb bo'lib qolmoqda. Jahonda qalqonsimon bez jarrohligi amaliyotida asosiy asoratlar uchrash chastotasi unchalik yuqori emas. Har xil jarrohlik yondashuvlari, jarrohlik texnikalari va o'z qat'iy qarashlariga ega turli jarrohlik muassasalari asoratlar chastotasi borasida katta farq qiluvchi hisobotlar nashr ettirib, tashxisot va natijalarni baholashning turli usullaridan foydalangan holda ularni tahlil qilingan. Xuddi shuningdek, ma'lumki, keng qamrovli jarrohlik aralashuvlari, ko'plab asoratlar keltirib chiqarishi mumkin bo'lsada, qalqonsimon bez kasalliklarini yaxshiroq nazorat qilish imkonini beradi. Hozirgi vaqtda barcha endokrin patiyalar tarkibida qalqonsimon bez kasalliklari yetakchi o'rinni egallaydi. Bu, birinchi navbatda, yod tanqisligi mavjud hududlarda, xususan Rossiya Federatsiyasining katta hududlari, boshqa ko'plab davlatlar, jumladan, O'zbekistonda ham diffuz bo'qoqning keng tarqalganligi bilan izohlanadi. Mamlakatimizda sog'liqni saqlash tizimini takomillashtirish bo'yicha amalga oshirilayotgan keng ko'lamli chora-tadbirlar orasida kasalliklarga erta tashxis qo'yish, ularni asoratlarini kamaytirish va oldini olishga alohida e'tibor qaratilmoqda. Bu borada 2022-2026 yillarda Yangi O'zbekistonni rivojlantirish Strategiyasida ko'rsatilgan 7 ta ustuvor yo'nalishning 4-qism 56-maqsadida «...aholi salomatligini muhofaza qilish, tibbiyot xodimlari potensialini oshirish va sog'liqni saqlash tizimini rivojlantirishning 2022-2023 yillarga mo'ljallangan dasturini amalga oshirishga yo'naltirilgan kompleks chora-tadbirlarni amalga oshirish...» vazifalari belgilangan. Mazkur dissertatsiya tadqiqoti O'zbekiston Respublikasi

Prezidentining 2020 yil 12 noyabrdagi PF-6110-son «Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami muassasalari faoliyatiga mutlaqo yangi mexanizmlarni joriy qilish va sog'liqni saqlash tizimida olib borilayotgan islohotlar samaradorligini yanada oshirish chora-tadbirlari to'g'risida» gi va 2022 yil 28 yanvardagi PF-60-son «2022-2026 yillarda Yangi O'zbekistonni rivojlantirish strategiyasi to'g'risida» gi Farmonlari, 2020 yil 12 noyabrdagi PQ-4891- son «Tibbiy profilaktika ishlari samaradorligini yanada oshirish orqali jamoat salomatligini ta'minlashga oid qo'shimcha chora-tadbirlari to'g'risida»gi Qarorlari hamda mazkur faoliyatga tegishli boshqa me'yoriy-huquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishga muayyan darajada xizmat qiladi.

Muammoning o'rganilganlik darajasi. XX asrning oxiridan boshlab butun dunyo jarrohlari tomonidan yiringli-yallig'lanish jarayonlari bilan og'rgan bemorlarni davolash natijalari keskin yomonlashgani qayd etib kelinmoqda. Bu bir qator sabablar bilan bog'liq bo'lib, ularning eng asosiysi jarrohlik infeksiyasi qo'zg'atuvchilarining antibiotiklarga chidamliligi ortishidir. Bu og'ir kechuvchi va an'anaviy tarzda davolab bo'lmaydigan yiringli-yallig'lanish kasalliklari va jarrohlikdan keyingi turli xil joylashishga ega asoratlar sonining ortishiga hamda jarohat yuzalarining shifoxona shtammlari bilan qayta infeksiyalanishi kabi holatlarning ko'payishiga imkon beradi (World Health Organization – 2011).

Jarohat infeksiyasi, shu jumladan, jarrohlikdan keyingi va ayniqsa, yatrogen infeksiya muammosi 2015 yilda Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (JSST) tomonidan ko'rib chiqilgan bo'lib, JSST 2016 yilning sentyabr oyidayoq BMT Bosh assambleyasining 71-sessiyasida dunyoning barcha mamlakatlari hukumatlarini mikroorganizmlarning antibiotiklarga bardoshliligi oshganligi munosabati bilan ularga qarshi kurashish rejasini ishlab chiqishga chorladi (Gusarov V.G., Karpov O.E., Zamyatin M.N., 2017).

Qandli diabetning barcha turlari inson organizmining ko'plab a'zolarida turli xil asoratlarni keltirib chiqarishi va erta o'lim xavfini oshirishi mumkin. 2012 yilda qandli diabet dunyo bo'ylab 1,5 million kishining o'limiga sabab bo'lgan.

Xalqaro qandli diabet federatsiyasi (XQDF) ma'lumotlariga ko'ra, hozir kunda dunyoda qandli diabetga chalingan 415 million kishi mavjud bo'lib, 2040 yilga borib ularning soni 642 million kishiga yetishi bashorat qilinmoqda. Qandli diabet bilan og'rgan bemorlar sonining ko'payishi munosabati bilan bunday bemorlarning sog'lig'i (asoratlarning rivojlanishi, umr ko'rish davomiyligi, nogironlik va h.k.) to'g'risida ishonchli ma'lumot olish ehtimoli dolzarbligicha qolmoqda. Ma'lumotlarni to'plash va saqlash «Qandli diabet» reestridan foydalangan holda amalga oshirilishi mumkin (Akbarov Z.S., 2016; Avdyushkina A.V., 2019).

JSST tavsiyasiga ko'ra, noorganik yodga bo'lgan kunlik ehtiyoj kuniga 150 mkg ni tashkil qiladi. Yodning yetarli darajada iste'mol qilinmasligi (kuniga 50 mkg dan kam) natijasida qalqonsimon bezda gormonlar sintezi pasayib, bu bo'qoqning rivojlanishiga va pirovardida, gipertireozga olib keladi (Oxunov A.O., Po'latov U.I., 2018; Bykov A., 2009).

Qalqonsimon bez gormonlarining fibroblastlarga ta'siri gialuran kislotasi, fibronektin va kollagen sintezi ingibirlanishini o'z ichiga olib (40–42), oxirida jarohatning tuzalish jarayonida muhim ahamiyatga ega hisoblanadi.

Yiringli xirurgik kasalliklar bilan og'rikan bemorlarda diffuz toksik bo'qoq bilan hamrohlikda keladigan qandli diabetni davolash uchun biror uslubni tanlash masalasi hali hanuz hal etilmagan. Shuningdek, bugungi kunda jarohatli jarayon kechishini baholash, tireotoksikoz bilan og'rikan bemorlarda gormonal buzilishlar ta'sirida asoratlari rivojlanishini, shuningdek, diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligida uchraydigan patologiyada oqsil, uglevod, mineral almashinuvi va mikrosirkulyatsiyaning buzilishini bashorat qilish va oldini olish imkonini beradigan ob'ektiv usullar klinik amaliyotda mavjud emas.

So'nggi yillarda olib borilgan tadqiqotlar tahlilidan diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yuzaga kelgan yumshoq to'qimalar yiringli jaro

hatlarini davolashning oddiy va samarali usullarini izlash hamon davom etayotganini ko'rish mumkin.

Tadqiqotning maqsadi diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan og'rikan bemorlarning moddalar almashinuvi buzilishlarini optimal holatda muozanat

lashtirish yo'li bilan davolash natijalarini yaxshilashdan iborat.

Tadqiqotning vazifalari quyidagilardan iborat:

-endokrin kasalliklari bo'lmagan bemorlarda yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolash natijalarini o'rganish;

-diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligidagi yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarni an'anaviy davolashning klinik xususiyatlarini o'rganish;

-diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligidagi yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklarini davolashda moddalar almashinuvini korreksiya qilishning samaradorligini o'rganish;

-diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligidagi turli guruhlarini o'rganish natijalarini qiyosiy tahlil qilish asosida yumshoq tuqimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolashning optimal usulini ishlab chiqish;

Tadqiqotning ob'yekti sifatida Buxoro shahar tibbiyot birlashmasi, Kogon shahar tibbiyot birlashmasi hamda Buxoro viloyat ko'p tarmoqli tibbiyot markazi xirurgiya bo'limida 2016-2022 yillar mobaynida davolangan toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligida yoldosh kasalliklari bo'lgan yiringli xirurgik bemorlar bilan kasallangan 104 nafar bemorlar bo'ldi.

Tadqiqotning materialini yumshoq to'qimalarning yiringli xirurgik kasalliklari bilan og'rgan bemorlarda mineral, uglevod, oqsil, gormonal almashinuv va mikrosirkulyator buzilishlari korreksiya qilgandan so'ng yiringli jarohatlarning kompleks davosini ishlab chiqish, klinik materialni esa intraoperatsion biopsiya materiallari, shuningdek, jarohatning kechishi va dinamikada o'zgarishlarini (surtma, qirib olish, aspirat) tashkil qilgan.

Tadqiqotning usullari. Tadqiqot maqsadiga erishish va qo'yilgan vazifalarni hal qilish uchun gistologik, klinik, klinik-instrumental, bakteriologik va sitologik tadqiqot usullaridan foydalanildi.

Tadqiqotning ilmiy yangiligi quyidagilardan iborat:

diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yuzaga keladigan yumshoq to'qimalar yiringli-yallig'lanish kasalliklarining kechish xususiyatlari aniqlashdan iborat;

diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli xirurgik kasalliklarida mineral, uglevod, oqsil, gormonal moddalar almashinuvining, shuningdek mikrosirkulyatsiya buzilish xususiyatlari aniqlashdan iborat;

diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yiringli xirurgik kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni mineral, uglevod, gormonal, oqsil almashinuvi va mikrosirkulyator buzilishlarini optimal korreksiya qilish orqali davolashning takomillashtirilgan usuli ishlab chiqildi.

Tadqiqotning amaliy natijalari quyidagilardan iborat:

diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalar yiringli xirurgik kasalliklarini davolash jarayoniga salbiy ta'siri darajasi isbotlangan;

endokrin kasalliklar bilan birga yiringli xirurgik kasalliklarga chalingan bemorlarni tahlil qilish va davolashning yangicha samaraliroq usuli tavsiya qilingan;

diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yiringli jarohatlarni davolashda mineral, uglevod, oqsil, gormonal va mikrosirkulyator buzilishlarini erta tuzatish samaradorligi isbotlangan;

Tadqiqot natijalarining ishonchliligi amaliyotda keng qo'llaniladigan zamonaviy klinik, laboratoriya va instrumental tadqiqot usullaridan foydalanilganligi, barcha natijalar va xulosalar asosli tibbiyot tamoyillariga asoslanganligi, statistik ishlovdan olingan natijalarning ishonchliligini tasdiqlagani bilan izohlangan.

Tadqiqot natijalarining ilmiy va amaliy ahamiyati. O'tkazilgan tahlil natijalarining ilmiy ahamiyati ,diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet sababli yuzaga kelgan yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari bilan kasallangan bemorlar jarohatini mahalliy va umumiy davolash mumkinligi, ilk marta endokrin kasalliklar, diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yiringli xirurgik kasalliklarning uchrash chastotasi aniqlanganligi, hamroh endokrin kasalliklar, diffuz toksik bo'qoq va qandli diabetning yiringli jarrohlik kasalliklarni davolash jarayoniga salbiy ta'siri darajasi isbotlanganligi, endokrin kasalliklar bilan birga uchrovchi yiringli xirurgik kasalliklarga chalingan bemorlarni davolashning yangicha samaraliroq usuli tavsiya etilganligi, ayrim tadqiqot bandlari oliy ta'limdan keyingi ta'lim fakultetlari talabalariga jarohatlar patogenezi, klinikasi, tashxisotini va ularni mahalliy davolashni o'rgatadigan o'quv dasturini takomillashtirish uchun asos bo'lib xizmat qilganligi bilan izohlangan.

Ishning amaliy ahamiyati diffuz toksik bo'qoq va qandli diabet hamrohligi fonida yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan og'rigan bemorlar jarohatini infeksiyalardan tozalash muddatlarini tezlashtirish maqsadida mineral, uglevod, oqsil, gormonal almashinuv, shuningdek, mikrosirkulyator buzilishlarini korrektsiyalovchi optimal davolash usuli ishlab chiqilganligi, mineral, uglevod, oqsil, gormonal almashinuv, shuningdek, mikrosirkulyatsiya buzilishlari korrektsiyasini qo'llash jarohat jarayoni fazalari o'zgarishini tezlashtirgani va natijada, yiringli jarohatlari bo'lgan bemorlarning davolanish kunlarini qisqartirgani bilan izohlangan.

Tadqiqot natijalarining joriy qilinishi. Mineral, uglevod, oqsil, gormonal almashinuv va mikrosirkulyator buzilishlari korrektsiyasini qo'llagan holda endokrin tizimning hamroh kasalliklari, yumshoq to'qimalarning yiringli kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolash natijaviyligini oshirish bo'yicha o'tkazilgan tadqiqot ma'lumotlariga asoslanib:

«Diffuz toksik bo'qoq va Qandli diabetning hamrohligi fonida kasallangan bemorlarda yiringli jarohatlarni davolash usuli» nomli uslubiy tavsiyanoma tasdiqlangan (ilmiy-tadqiqot natijalarini amaliyotga tatbiq etish

bo'yicha Buxoro davlat tibbiyot instituti Ekspert kengashining 2023 yil 15 maydagi 23-X/019-sonli ma'lumotnomasi). Ushbu uslubiy tavsiyanoma mineral, uglevod, oqsil, gormonal almashinuv va mikrosirkulyatsiya buzilishlari korreksiyasi qo'llanganda endokrin tizimning hamroh kasalliklari, yumshoq to'qimalarning yiringli xirurgik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda asoratlarning oldini olishga imkon berdi.

Amaliy tibbiyotda davolash va tashxisot natijaviyligini oshirish bo'yicha o'tkazilgan tahlildan olingan natijalar sog'liqni saqlash amaliyotiga, jumladan, Buxoro shahar tibbiyot birlashmasi, Kogon shahar tibbiyot birlashmasida amaliy davolash ishlariga joriy etilgan (Sog'liqni saqlash vazirligining 2021 yil 29 martdagi 8n-d/107-sonli ma'lumotnomasi).

Amaliyotda, klinik tadqiqotlar orqali yumshoq to'qimalarning yiringli jarrohlik kasalliklari turli etiologiyalarida mineral, uglevod, oqsil, gormonal almashinuv va mikrosirkulyator buzilishlari korreksiyasining samaradorligi aniqlandi. Tadqiqot natijasida yumshoq to'qimalarning yiringli xirurgik kasalliklari, endokrin tizimning hamroh kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolashning optimal usuli ishlab chiqilgan bo'lib, bu jarohat kechish jarayoni fazalari o'zgarishini tezlashtirish va natijada, yiringli jarohatlari bo'lgan bemorlarning statsionar davolanishini 4 kungacha qisqartirish imkonini berdi.

АННОТАЦИЯ

Шаропова Малохат Сайфуллоевна

Актуальность и необходимость темы монографии. Лечение раневой инфекции в мире проводится с использованием антибактериальных препаратов. Но "...патогенные микроорганизмы, имеющие важное значение в этиологии гнойных хирургических заболеваний, обладают свойствами значительной вирулентности, биоразнообразия и антибиотикорезистентности...». По данным Международной федерации диабета, в настоящее время в мире зарегистрировано 415 миллионов пациентов с диабетом. Ожидается, что к 2040 году число больных диабетом достигнет 642 миллионов человек. В связи с увеличением числа больных сахарным диабетом возможность получения достоверной информации о состоянии здоровья таких больных остается актуальной.

Частота встречаемости основных осложнений в мировой хирургии щитовидной железы не очень высока. Различные хирургические учреждения с разными хирургическими подходами, хирургическими методами и собственными строгими взглядами публиковали отчеты, которые сильно различались по частоте осложнений, и анализировали их с использованием различных методов диагностики и оценки результатов. Точно так же хорошо известно, что комплексные хирургические вмешательства, хотя и могут вызвать множество осложнений, позволяют лучше контролировать заболевания щитовидной железы. В настоящее время в структуре всех эндокринных патологий ведущее место занимают заболевания щитовидной железы.

Это объясняется, прежде всего, распространенностью диффузного зоба на территориях, где имеется дефицит йода, в частности, на больших территориях Российской Федерации, многих других государств, в том числе и Узбекистана.

Среди проводимых в стране широкомасштабных мер по совершенствованию системы здравоохранения особое внимание уделяется ранней диагностике заболеваний, снижению их осложнений и профилактике.

В связи с этим в части 4 части 56 из 7 приоритетных направлений, указанных в стратегии развития нового Узбекистана на 2022-2026 годы «...реализация комплексных мер, направленных на охрану здоровья населения, повышение потенциала медицинских работников и

реализацию программы развития системы здравоохранения на 2022-2023 годы..."задачи определены.

Настоящее диссертационное исследование опубликовано в указе Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года № ПФ-6110 «о мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых реформ в системе здравоохранения» и в указе Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года № ПФ-60 «о новых мерах в 2022-2026 годах". развитие Узбекистана стратегии", PQ-4891 от 12 ноября 2020 г.- номер в определенной степени служит реализации задач, определенных решениями»о дополнительных мерах по обеспечению общественного здоровья путем дальнейшего повышения эффективности медицинской профилактики " и другими нормативными правовыми актами, касающимися данной деятельности.

Степень изученности проблемы. С конца XX века хирургами всего мира отмечается резкое ухудшение результатов лечения больных с гнойно-воспалительными процессами. Это связано с рядом причин, наиболее важной из которых является повышенная устойчивость патогенов хирургической инфекции к антибиотикам. Это способствует увеличению числа гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений с различным послеоперационным расположением, которые протекают тяжело и не поддаются лечению традиционным способом, а также увеличению таких состояний, как повторное инфицирование раневых поверхностей больничными штаммами (World Health Organization – 2011).

Проблема раневой инфекции, в том числе послеоперационной и особенноидарогенной, была рассмотрена Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2015 году, когда еще в сентябре 2016 года на 71-й сессии Генассамблеи ООН ВОЗ призвала правительства всех стран мира разработать план борьбы с ними в связи с повышенной устойчивостью микроорганизмов к антибиотикам (Гусаров В.Г., Карпов О.Е., Замятин М.Н., 2017).

Все типы диабета могут вызывать различные осложнения во многих органах человеческого тела и увеличивать риск преждевременной смерти. В 2012 году диабет стал причиной смерти 1,5 миллиона человек во всем мире.

По данным Международной федерации диабета (IQDF), в настоящее время в мире насчитывается 415 миллионов человек с

диабетом, и, по прогнозам, к 2040 году их число достигнет 642 миллионов человек. В связи с увеличением числа больных сахарным диабетом у таких больных наблюдается ухудшение состояния здоровья (развитие осложнений, продолжительность жизни, инвалидность и др.).k.) остается актуальной возможность получения достоверной информации. Сбор и хранение данных может осуществляться с помощью реестра» сахарный диабет " (Акбаров З.С., 2016; Авдюшкина А.В., 2019).

Согласно рекомендации ВОЗ, суточная потребность в неорганическом йоде составляет 150 мкг в сутки. В результате недостаточного потребления йода (менее 50 мкг в сутки) снижается синтез гормонов в щитовидной железе, что приводит к развитию зоба и, в конечном итоге, к гипертиреозу (Охунов А.О., Пулатов У.И., 2018; Быков А., 2009).

Влияние гормонов щитовидной железы на фибробласты считается важным в процессе заживления ран в конце, включая ингибирование синтеза гиалуроновой кислоты, фибронектина и коллагена (40-42).

Вопрос о выборе метода лечения сахарного диабета, который сопровождается диффузным токсическим зобом у пациентов с гнойными хирургическими заболеваниями, до сих пор не решен. Также на сегодняшний день в клинической практике отсутствуют объективные методы оценки протекания травматического процесса, позволяющие прогнозировать и предупреждать развитие осложнений под влиянием гормональных нарушений у больных тиреотоксикозом, а также нарушения белкового, углеводного, минерального обмена и микроциркуляции при патологии, сопровождающейся диффузным токсическим зобом и сахарным диабетом.

Из анализа исследований последних лет видно, что поиск простых и эффективных методов лечения гнойных ран мягких тканей, возникающих на фоне диффузного токсического зоба и сопутствующего сахарного диабета, все еще продолжается.

Целью исследования является улучшение результатов лечения пациентов с гнойно-хирургическими заболеваниями мягких тканей на фоне диффузного токсического зоба и сопутствующего сахарного диабета путем оптимального уравнивания нарушений обмена веществ.

Задачами исследования являются:

- изучение результатов лечения гнойных хирургических заболеваний мягких тканей у пациентов без эндокринных заболеваний;

- изучение клинических особенностей традиционного лечения гнойных хирургических заболеваний мягких тканей, сопровождающихся диффузным токсическим зобом и сахарным диабетом;

- исследование эффективности коррекции обмена веществ при лечении гнойных хирургических заболеваний мягких тканей, сопровождающихся диффузным токсическим зобом и сахарным диабетом;

- разработка оптимального метода лечения пациентов с гнойно-хирургическими заболеваниями мягких тканей на основе сравнительного анализа результатов исследований различных групп сопутствующих диффузно-токсическому зобу и сахарному диабету;

В хирургическом отделении Бухарского городского медицинского объединения, Каганского городского медицинского объединения и Бухарского областного многопрофильного медицинского центра в течение 2016-2022 годов прошли лечение 104 пациента с гнойными хирургическими заболеваниями, сопровождающимися токсическим зобом и сахарным диабетом.

Материалом исследования послужила разработка комплексной терапии гнойных ран после коррекции нарушений минерального, углеводного, белкового, гормонального обмена и микроциркуляции у пациентов с гнойными хирургическими заболеваниями мягких тканей, а клиническим материалом-материалы интраоперационной биопсии, а также изменения течения и динамики раны (мазок, соскоб, аспирация).

Методы исследования. Для достижения цели исследования и решения поставленных задач использовались гистологические, клинические, клинико-инструментальные, бактериологические и цитологические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей, возникающих на фоне диффузного токсического зоба и сопутствующего сахарного диабета, заключаются в выявлении;

состоит в выявлении особенностей нарушения минерального, углеводного, белкового, гормонального обмена, а также микроциркуляции при гнойных хирургических заболеваниях мягких тканей на фоне диффузного токсического зоба и сопутствующего сахарного диабета;

разработана усовершенствованная методика лечения больных с гнойно-хирургическими заболеваниями на фоне диффузного токсического зоба и сопутствующего сахарного диабета путем

оптимальной коррекции нарушений минерального, углеводного, гормонального, белкового обмена и микроциркуляции.

Практическими результатами исследования являются: доказана степень негативного влияния на процесс лечения гнойных хирургических заболеваний мягких тканей на фоне диффузного токсического зоба и сопутствующего сахарного диабета;

рекомендован новый, более эффективный метод анализа и лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями, сопровождающимися эндокринными нарушениями;

доказана эффективность ранней коррекции минеральных, углеводных, белковых, гормональных и микроциркуляторных нарушений при лечении гнойных ран на фоне диффузного токсического зоба и сопутствующего сахарного диабета;

Достоверность результатов исследования объясняется использованием современных клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, широко применяемых на практике, когда все результаты и выводы основаны на принципах обоснованной медицины, подтверждающих достоверность результатов статистической обработки.

Научно-практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов проведенного анализа ,возможность местного и общего лечения ран у больных гнойно-хирургическими заболеваниями мягких тканей, вызванными диффузным токсическим зобом и сахарным диабетом, впервые выявлены эндокринные нарушения, частота встречаемости гнойно-хирургических заболеваний на фоне диффузного токсического зоба и сопутствующего сахарного диабета, выявлены сопутствующие эндокринные заболевания, диффузные токсические заболевания. зоба и диабета доказана степень негативного влияния гнойной хирургии на процесс лечения заболеваний, предложенный новый, более эффективный метод лечения пациентов с гнойными хирургическими заболеваниями, сопутствующими эндокринным заболеваниям, объясняется тем, что некоторые положения исследования послужили основой для улучшения учебной программы, обучающей студентов факультетов послевузовского образования патогенезу, клинике, диагностике травм и их местному лечению.

Практическая значимость работы заключается в том, что в целях ускорения сроков очищения ран больных гнойными заболеваниями мягких тканей от инфекций на фоне диффузного токсического зоба и сопутствующего сахарного диабета разработана оптимальная методика

лечения, коррекция нарушений микроциркуляторного, минерального, углеводного, белкового, гормонального обмена, а также в комплексе с другими методами лечения. применение коррекции нарушений микроциркуляции при травмах ускорение изменения фаз процесса и, как следствие,, это объяснялось тем, что у пациентов с гнойными ранами сокращались дни лечения.

Введение результатов исследования. На основании данных исследований по повышению эффективности лечения больных с сопутствующими заболеваниями эндокринной системы, гнойными заболеваниями мягких тканей с применением коррекции нарушений минерального, углеводного, белкового, гормонального обмена и микроциркуляции:

Утверждена методическая рекомендация» методика лечения гнойных ран у больных на фоне диффузного токсического зоба и сопутствующего сахарного диабета " (справочник Экспертного совета Бухарского государственного медицинского института по внедрению результатов исследований в практику от 15 мая 2023 г. № 23-х/019). Данная методическая рекомендация позволила избежать осложнений у пациентов с сопутствующими заболеваниями эндокринной системы, гнойными хирургическими заболеваниями мягких тканей при применении коррекции нарушений минерального, углеводного, белкового, гормонального обмена и микроциркуляции.

Результаты проведенного анализа по повышению эффективности лечения и диагностики в практической медицине внедрены в практику здравоохранения, в том числе в практическую лечебную работу в Бухарском городском медицинском объединении, Коганском городском медицинском объединении (справочник Минздрава от 29 марта 2021 г. № 8н-Д/107).

На практике в ходе клинических исследований выявлена эффективность коррекции нарушений минерального, углеводного, белкового, гормонального обмена и микроциркуляции при различных этиологиях гнойно-хирургических заболеваний мягких тканей. В результате исследования был разработан оптимальный метод лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями мягких тканей, сопутствующими заболеваниями эндокринной системы, что позволило ускорить смену фаз травматического процесса и, как следствие, сократить стационарное лечение больных с гнойными ранами до 4 дней.

ANNOTATION

Sharopova Malokhat Sayfulloyevna

The relevance and necessity of the topic of the monograph. The treatment of wound infection in the world is carried out using antibacterial drugs. But..."..Pathogenic microorganisms, which are important in the etiology of purulent surgical diseases, have properties of significant virulence, biodiversity and antibiotic resistance..." According to the International Diabetes Federation, 415 million diabetic patients are currently registered worldwide. The number of diabetic patients is expected to reach 642 million by 2040. Due to the increase in the number of patients with diabetes mellitus, the possibility of obtaining reliable information about the health status of such patients remains relevant.

The incidence of major complications in global thyroid surgery is not very high. Various surgical institutions with different surgical approaches, surgical methods and their own strict views published reports that varied greatly in the frequency of complications, and analyzed them using various diagnostic methods and evaluating the results. Similarly, it is well known that complex surgical interventions, although they can cause many complications, allow for better control of thyroid diseases. Currently, thyroid diseases occupy a leading place in the structure of all endocrine pathologies.

This is primarily due to the prevalence of diffuse goiter in areas where there is an iodine deficiency, in particular, in large territories of the Russian Federation and many other states, including Uzbekistan.

Among the large-scale measures being carried out in the country to improve the health care system, special attention is paid to early diagnosis of diseases, reduction of their complications and prevention.

In this regard, in part 4 of part 56 of the 7 priority areas specified in the development strategy of the new Uzbekistan for 2022-2026, "... the implementation of comprehensive measures aimed at protecting public health, increasing the capacity of medical workers and the implementation of the health system development program for 2022-2023 ..."the tasks are defined.

This dissertation research was published in Decree of the President of the Republic of Uzbekistan dated November 12, 2020 No. PF-6110 "on measures to introduce fundamentally new mechanisms into the activities of primary health care institutions and further improve the effectiveness of ongoing reforms in the health care system" and in Decree of the President of the Republic of Uzbekistan dated January 28, 2022 No. PF-60"on new measures in 2022-2026." The Development of Uzbekistan Strategy", PQ-4891 dated November 12, 2020 - the number to a certain extent serves to implement the

tasks defined by the decisions "on additional measures to ensure public health by further improving the effectiveness of medical prevention" and other regulatory legal acts related to this activity.

The degree of knowledge of the problem. Since the end of the XX century, surgeons around the world have noted a sharp deterioration in the results of treatment of patients with purulent-inflammatory processes. This is due to a number of reasons, the most important of which is the increased resistance of pathogens of surgical infection to antibiotics. This contributes to an increase in the number of purulent-inflammatory diseases and complications with various postoperative locations, which are difficult and cannot be treated in the traditional way, as well as an increase in conditions such as re-infection of wound surfaces with hospital strains (World Health Organization - 2011).

The problem of wound infection, including postoperative and especially androgenic, was considered by the World Health Organization (WHO) in 2015, when back in September 2016, at the 71st session of the UN General Assembly, WHO called on governments of all countries of the world to develop a plan to combat them due to the increased resistance of microorganisms to antibiotics (Gusarov V.G., Karpov O.E., Zamyatin M.N., 2017).

All types of diabetes can cause various complications in many organs of the human body and increase the risk of premature death. In 2012, diabetes caused the deaths of 1.5 million people worldwide.

According to the International Diabetes Federation (IQDF), there are currently 415 million people with diabetes worldwide, and their number is projected to reach 642 million by 2040. Due to the increase in the number of patients with diabetes mellitus, such patients experience a deterioration in their health (development of complications, life expectancy, disability, etc.).k.) the possibility of obtaining reliable information remains relevant. Data collection and storage can be carried out using the "diabetes mellitus" registry (Akbarov Z.S., 2016; Avdyushkina A.V., 2019).

According to the WHO recommendation, the daily requirement for inorganic iodine is 150 micrograms per day. As a result of insufficient iodine intake (less than 50 mcg per day), hormone synthesis in the thyroid gland decreases, which leads to the development of goiter and, ultimately, to hyperthyroidism (Okhunov A.O., Pulatov U.I., 2018; Bykov A., 2009).

The effect of thyroid hormones on fibroblasts is considered important in the wound healing process at the end, including inhibition of the synthesis of hyaluronic acid, fibronectin and collagen (40-42).

The question of choosing a method of treating diabetes mellitus, which is accompanied by diffuse toxic goiter in patients with purulent surgical diseases, has not yet been resolved. Also, today in clinical practice there are no objective methods for assessing the course of the traumatic process, allowing to predict and prevent the development of complications under the influence of hormonal disorders in patients with thyrotoxicosis, as well as violations of protein, carbohydrate, mineral metabolism and microcirculation in pathology accompanied by diffuse toxic goiter and diabetes mellitus.

From the analysis of recent studies, it can be seen that the search for simple and effective methods of treating purulent soft tissue wounds that occur against the background of diffuse toxic goiter and concomitant diabetes mellitus is still ongoing.

The aim of the study is to improve the results of treatment of patients with purulent surgical diseases of soft tissues against the background of diffuse toxic goiter and concomitant diabetes mellitus by optimally balancing metabolic disorders.

The objectives of the study are:

- study of the results of treatment of purulent surgical diseases of soft tissues in patients without endocrine diseases;
- to study the clinical features of the traditional treatment of purulent surgical diseases of soft tissues accompanied by diffuse toxic goiter and diabetes mellitus;
- study of the effectiveness of metabolic correction in the treatment of purulent surgical diseases of soft tissues accompanied by diffuse toxic goiter and diabetes mellitus;
- development of an optimal treatment method for patients with purulent-surgical diseases of soft tissues based on a comparative analysis of the results of studies of various groups of concomitant diffuse toxic goiter and diabetes mellitus;

During 2016-2022, 104 patients with purulent surgical diseases accompanied by toxic goiter and diabetes mellitus were treated in the surgical department of the Bukhara City Medical Association, the Kagan City Medical Association and the Bukhara Regional Multidisciplinary Medical Center.

The research material was the development of complex therapy for purulent wounds after correction of disorders of mineral, carbohydrate, protein, hormonal metabolism and microcirculation in patients with purulent surgical diseases of soft tissues, and the clinical material was intraoperative biopsy materials, as well as changes in the course and dynamics of the wound (smear, scraping, aspiration).

Research methods. Histological, clinical, clinical and instrumental, bacteriological and cytological research methods were used to achieve the research goal and solve the tasks set.

The scientific novelty of the research is as follows:

The features of the course of purulent-inflammatory diseases of soft tissues that occur against the background of diffuse toxic goiter and concomitant diabetes mellitus are to identify;

It consists in identifying the features of impaired mineral, carbohydrate, protein, hormonal metabolism, as well as microcirculation in purulent surgical diseases of soft tissues against the background of diffuse toxic goiter and concomitant diabetes mellitus;

an improved method of treating patients with purulent-surgical diseases against the background of diffuse toxic goiter and concomitant diabetes mellitus has been developed by optimally correcting disorders of mineral, carbohydrate, hormonal, protein metabolism and microcirculation.

The practical results of the study are: the degree of negative influence on the treatment of purulent surgical diseases of soft tissues against the background of diffuse toxic goiter and concomitant diabetes mellitus has been proven;

a new, more effective method of analysis and treatment of patients with purulent surgical diseases accompanied by endocrine disorders is recommended;

the effectiveness of early correction of mineral, carbohydrate, protein, hormonal and microcirculatory disorders in the treatment of purulent wounds against the background of diffuse toxic goiter and concomitant diabetes mellitus has been proven;

The reliability of the research results is explained by the use of modern clinical, laboratory and instrumental research methods, widely used in practice, when all the results and conclusions are based on the principles of sound medicine, confirming the reliability of the results of statistical processing.

Scientific and practical significance of the research results. The scientific significance of the results of the analysis, the possibility of local and general wound treatment in patients with purulent-surgical diseases of soft tissues caused by diffuse toxic goiter and diabetes mellitus, endocrine disorders, the incidence of purulent-surgical diseases against the background of diffuse toxic goiter and concomitant diabetes mellitus, concomitant endocrine diseases, diffuse toxic diseases were revealed for the first time. the degree of negative influence of purulent surgery on the treatment of diseases

has been proven, the proposed new, more effective method of treating patients with purulent surgical diseases concomitant with endocrine diseases is explained by the fact that some provisions of the study served as the basis for improving the curriculum teaching students of postgraduate education faculties pathogenesis, clinic, diagnosis of injuries and their local treatment.

The practical significance of the work lies in the fact that in order to accelerate the time of cleansing wounds of patients with purulent soft tissue diseases from infections against the background of diffuse toxic goiter and concomitant diabetes mellitus, an optimal treatment method has been developed, correction of microcirculatory, mineral, carbohydrate, protein, hormonal metabolism disorders, as well as in combination with other treatment methods. the use of correction of microcirculation disorders in injuries accelerated changes in the phases of the process and, as a result, this was explained by the fact that treatment days were shortened in patients with purulent wounds.

Introduction of the research results. Based on research data on improving the effectiveness of treatment of patients with concomitant diseases of the endocrine system, purulent diseases of soft tissues with the use of correction of disorders of mineral, carbohydrate, protein, hormonal metabolism and microcirculation:

The methodological recommendation "methods of treatment of purulent wounds in patients with diffuse toxic goiter and concomitant diabetes mellitus" was approved (handbook of the Expert Council of the Bukhara State Medical Institute on the implementation of research results in practice dated May 15, 2023 No. 23-x/019). This methodological recommendation made it possible to avoid complications in patients with concomitant diseases of the endocrine system, purulent surgical diseases of soft tissues when correcting disorders of mineral, carbohydrate, protein, hormonal metabolism and microcirculation.

The results of the analysis on improving the effectiveness of treatment and diagnosis in practical medicine have been implemented in healthcare practice, including in practical medical work at the Bukhara City Medical Association, Kogan City Medical Association (handbook of the Ministry of Health dated March 29, 2021 No. 8n-D/107).

In practice, clinical studies have revealed the effectiveness of correcting disorders of mineral, carbohydrate, protein, hormonal metabolism and microcirculation in various etiologies of purulent-surgical diseases of soft tissues. As a result of the study, an optimal method was developed for the treatment of patients with purulent surgical diseases of soft tissues, concomitant diseases of the endocrine system, which made it possible to

accelerate the phase change of the traumatic process and, as a result, reduce the inpatient treatment of patients with purulent wounds to 4 days.

ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Авдюшкина А.В., Бизменов М.М., Закирова И.И. и др. Синдром диабетической стопы: определение показаний к хирургическому лечению и способы его проведения // Студенческий форум. – Москва. – 2019. – № 36-1 (87). – С. 29-30.
2. Акбаров З.С., Алиева А.В., Алимова Н.У. и др. Скрининг сахарного диабета и промежуточных гипергликемий в г. Ташкенте // Журн. теорет. и клин. медицины. – 2016. – №1. – С. 50–56.
3. Алиева А.В., Исмаилов С.И., Рахимова Г.Н. Эпидемиология сахарного диабета и при диабете в Узбекистане: результаты скрининга // Журн. теорет. и клин. медицины. – 2017. – №2. – С. 58–61.
4. Алиханова Н.М., Исмаилов С.И., Акбаров З.С. Результаты национального регистра сахарного диабета по Бухарскому, Навоийскому, Хорезмскому вилоятам и Республике Каракалпакстан // МЭЖ. – 2016. – №3. – С. 75–84.
5. Аристархов В.Г., Квасов А.В., Донюков А.И. Сравнительные отдаленные результаты хирургического лечения больных диффузным токсическим зобом // Хирургия. – 2017. – №8. – С. 13–17.
6. Арсланбекова А.Ч. Состояние микроциркуляции у больных с заболеваниями щитовидной железы и их коррекция. Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / Арсланбекова Абаханум Чопановна [Место защиты: ГОУВПО "Дагестанская государственная медицинская академия"]. – Махачкала. – 2008. – 127 с.: ил.
7. Архипов Д.В., Андреев А.А., Атякшин Д.А. Кислородо-сорбционная обработка в лечении ран мягких тканей // Вестник эксперим. и клин. хирургии. – 2020. – №2. – С. 248–253.
8. Архипов Д.В., Андреев А.А., Атякшин Д.А., Глухов А.А., Остроушко А.П. Струйная оксигено-сорбционная обработка в лечении гнойных ран мягких тканей // Вестник эксперим. и клин. хирургии. – 2020. – №1. – С. 41-41.
9. Бабина С.А., Рахимова К.Р., Радостев К.С. Эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, методы диагностики и лечения и осложнения эндемического зоба // Scientificreview. – 2019. – № 4. – С. 24–27.
10. Белик Б.М., Чумбуридзе И.П., Штильман М.И., Явруян О.А., Савченко У.Р. Комплексное лечение пациентов с пионекротическими осложнениями невропатической формы синдрома диабетической стопы // Хирургия (Москва). – 2020. – (4). С. – 81–87.

11. Бельцевич Д.Г. (и соавторы). Проект: клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба (новая редакция 2015 года) // Эндокринная хирургия. – 2015. – №1. – С. 15–21.
12. Боташева В.С., Калоева А.А., Эркенова Л.Д. Характер морфологических изменений при эндемическом зобе // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-1. – С. 36–40.
13. Бабаджанов Б.Д. и др. Эффективность реконструктивных операций при нейроишемических язвах на фоне синдрома диабетической стопы. – 2020. // Хирургия Узбекистана. – 2020. №1. – С. 86 – 91.
14. Вильцанюк О.А., Беляев П.В., Вилцанюк О.В., Верногородский С.В. Сравнительная оценка эффективности применения для состава, основанная на нанодисперсном кремнеземе, благодаря противомикробным свойствам для местного лечения гнойно-воспалительных процессов // Клинич. хирургия. – 2017. №2. – С. 5–13.
15. Власов А.П., Зайцев П.П., Власов П.А. Повышение репаративного потенциала тканей при сахарном диабете // Хирургия. – 2017.–№12. – С. 52–57.
16. Гостищев В.К. Назв. книги Издательство ГЭОТАР-Медиа, 2010. ISBN: 978-5-9704-1579-5. С. 848
17. Гринштейн Бен, Вуд Диана. Наглядная эндокринология / Пер. с англ. под ред. Г.А. Мельниченко. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – 120 с.
18. Гройзик К.Л. Хирургическое лечение гнойно-некротических осложнений сахарного диабета // Таврический медико-биологический вестник. – 2016. – №2. – С. 22–27.
19. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинικο-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета // Сахарный диабет. – 2017. – № 20 (1). – С. 13–41.
20. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К., Железнякова А.В., Исаков М.А. Сахарный диабет в Российской Федерации: распространенность, заболеваемость, смертность, параметры углеводного обмена и структура сахар снижающей терапии по данным Федерального регистра сахарного диабета, статус 2017 г. // Сахарный диабет. – 2018. – № 3. – С. 44–59.
21. Дробушевская А.И. Оптимизация лечения инфекционных заболеваний мягких тканей на фоне сахарного диабета

(экспериментально-клиническое исследование). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Красноярск. – 2013. – 25 с.

22. Дробушевская, Л. И. Клеточные технологии и тканевая инженерия в лечении длительно не заживающих ран / Ю. С. Винник, А. Б. Салмина, О. В. Теплякова и др. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – №2. – С. 392–397.

23. Дедов И.И., Калашникова М.Ф., Белоусов Д.Ю., Колбин А.С., Рафальский В.В., Чеберда А.Е., Кантемирова М.А., Закиев В.Д., Фадеев В.В. Анализ стоимости болезни сахарного диабета 2 типа в Российской Федерации: результаты Российского многоцентрового наблюдательного фармакоэпидемиологического исследования ФОРСАЙТ-СД2 // Сахарный диабет. – 2017. – Т. 20. – №6. – С. 403–419.

24. Ефимов Е.В., Хорошкевич А.В. Особенности раневого процесса на фоне сахарного диабета // Раны и раневые инфекции. Журнал имени профессора Б.М. Костюченка. – 2015. – №3.

25. Исмаилов С.И., Бердыкулова Д.М. Поздние осложнения сахарного диабета у лиц, проживающих в Республике Узбекистан // Международный эндокринологический журнал. – 2012. – № 8 (48).

26. Исмаилов С.И., Рахимова Г.Н., Джураева А.Ш. Актуальность проведения эпидемиологических исследований по распространенности сахарного диабета 2 типа и промежуточных гипергликемий в Узбекистане // Журн. теорет. и клин. медицины. – 2012. – №6. – С. 125–136.

27. Ищук А. В., Леонович С. И. Использование фотодинамической терапии лазерным аппаратом «Родник-1» с фотосенсибилизатором «Хлорофиллипт» в лечении гнойных ран и трофических язв нижних конечностей // Новости хирургии. – 2008. – №1.

28. Каримов Ш. И. и др. Оптимизация хирургических вмешательств при гнойно-некротических поражениях стопы у больных сахарным диабетом // Хирургия. – 2001. – Т. 9. – С. 47–49.

29. Кеннеди Л., Басу А. Диагностика и лечение в эндокринологии. Проблемный подход / Пер. с англ. под ред. В.В. Фадеева. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 204 с.

30. Керен М.А., Ярбеков Р.Р. Роль гликированного гемоглобина как предиктора развития осложнений после операций аортокоронарного шунтирования у больных ишемической болезнью сердца с сахарным диабетом // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2015. – Т. 57. – № 6. – С. 8–13.

31. Куликова В.В. Дисфункции щитовидной железы у пожилых: Руководство для врачей. – Н. Новгород: Изд-во НГМА. – 2007. – 108 с.
32. Курбонов С., Гулов М.К., Давлатов И.А. Комплексное изменение структуры щитовидной железы при диффузном токсическом зобе // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2018. – № 9. – С. 46–49.
33. Магомедов М.М., Нахбарова М.Г., Гамзатов Г.М., Амирлаева З.А. Опыт лечения гнойной хирургической инфекции у больных сахарным диабетом // Современные аспекты хирургической эндокринологии / Материалы XXV Российского симпозиума с участием терапевтов-эндокринологов. – Самара, 2015. – С. 446–449.
34. Манюк Е.С. Коррекция морфофункциональных изменений щитовидной железы при гипо- и гипертиреозе аконитом байкальским (экспериментальное исследование). Дис. ... канд. мед. наук: 14.00.16 / Иркутск, 2008. – 130 с.
35. Митиш В.А., Пасхалова Ю.С., Ерошкин И.А., Галстян Г.Р. Гнойно-некротические поражения стопы, критическая ишемия нижних конечностей и сахарный диабет. Хирургическое лечение // НМП. – 2012. – №1. – С. 28–31.
36. Охунов А. О., Пулатов У. И. Диагностика и лечение тяжелых форм гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей на фоне сахарного диабета // Проблемы науки. – 2018. – №8 (128). – С. 83–88.
37. Охунов А.О., Бабаджанов Б.Д., Пулатов У.И. Причины генерализации инфекции у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей на фоне сахарного диабета // Вестник Ташкентской медицинской академии. – 2016. – № 4. – С. 89–93.
38. Пастухов Д.О. Хирургическое лечение токсического зоба: тезисы доклада на конференции сборник материалов 2018. – С: 314-315.
39. Общая патология человека: Руководство для врачей / Под ред. А.И.Струкова, В.В.Серова, Д.С.Саркисова. В 2 томах. 2-е изд., перераб. и доп. Т. 1. – С. 370 / ISBN 5-225-00700-7
40. Позывайло О. П. Биохимия водно-минерального обмена / О.П. Позывайло, Д.В. Елисейкин, Д.Т. Соболев. – Витебск: ВГАВМ, 2007. – 27 с.
41. Патифизиология: учебник: в 2 т. / Под ред. В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга, О.И. Уразовой. 4-е изд., перераб. и доп. – ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 1. – 848 с.: ил.

42. Рахимов А.Я., Сагдуллаева Г.У., Вахидов У.Г. Микробиологические и морфологические вариации культи голени у больных сахарным диабетом с критической ишемией нижних конечностей // Новый день в медицине. (NDM).2019-№2(26). –С.41–47.
43. Рахимов А.Я., Сафоев Б.Б. Ампутация нижней конечности на уровне голени как выбор операции при критических ишемиях нижней конечности у больных сахарным диабетом // Новый день в медицине. (NDM).2020-№3 (31). С. 446–449.
44. Резолюция ООН по сахарному диабету. Сахарный диабет. 2007; №10(1). С. 2-3. <https://doi.org/10.14341/2072-0351-5906>
45. Сажин А.В., Нечай Т.В., Мареев П.В., Петухов В.А. Патофизиология сахарного диабета 2 типа в свете выбора метода его хирургического лечения, часть 1-я // Анналы хирургии. – 2019. – №1. – С. 7–15.
46. Сафоев Б.Б., Рахимов А.Я. Критическая ишемия нижних конечностей и диабетическая стопа. Монография. – 2019. – 321 с.
47. Сахарный диабет в Узбекистане / Под ред. С.И. Исмаилова. – Ташкент, 2010. – 57 с.
48. Сманова Д.К., Алымкулов Р.Д., Зурдинов А.З. Прогнозируемость отдаленных результатов лечения эндемического зоба при трансдермальном способе введения калия йодида // Universum: медицина и фармакология. – 2017. – №3. – С. 37.
49. Сманова Д.К., Алымкулов Р.Д., Зурдинов А.З. Прогнозируемость отдаленных результатов лечения эндемического зоба при трансдермальном способе введения калия йодида // Universum: медицина и фармакология. 2017. №3 (37).
50. Столяров С.И., Григорьев В.Л. Опыт лечения гнойно-воспалительных заболеваний щитовидной железы // Здоровье. Медицинская экология. Наука. – 2018. – №1 (73). – С. 301–303.
51. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия, изд. 6-е. Учебник / Под ред проф. Паукова В.С. – М.: Изд. группа «ГЕОТАР-Медиа», 2015.
52. Судаков Д.В. Математические модели выбора рациональных схем лечения гнойных ран у больных сахарным диабетом // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Курск. – 2014.
53. Суковатых Б.С., Григорьян А.Ю., Бежин А.И. и др. Эффективность иммобилизованных пролонгированных аммониевых антисептиков в лечении гнойных ран // Вестник эксперим. и клин.хирургии. –2017. –№4. –С. 269–276.

54. Танащян М.М., Антонова К.В., Шабалина А.А., Лагода О.В., Романцова Т.И. Состояние гемостаза и углеводного обмена у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и цереброваскулярными заболеваниями. // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2018. – №4 (76). – С. 16–23.
55. Попов С.С. Влияние мелатонина на свободно-радикальный гомеостаз в тканях крыс при тиреотоксикозе / С.С. Попов, А.Н. Пашков, Т.Н. Попов, В.И. Золоедов, А.В. Семенихина, Т.И. Рахманова // Воронеж. гос. ун-т. Биомедицинская химия. – 2008. – Т. 54. – № 1. – С. 114–121.
56. Тронько Н.Д., Орленко В.Л., Саволук С.И. Роль метаболической хирургии в лечении пациентов с сахарным диабетом 2-го типа и ожирением // Международный эндокринологический журнал. – 2019. – Т. 15. – № 3. – С. 236–245.
57. Трошина Е.А., Юкина М.Ю., Огнева Н.А., Мазурина Н.В. Нарушение функции щитовидной железы и сердечно-сосудистая система // Клиническая и экспериментальная тиреодология. – 2010. – Т. 6. – № 1. – С. 12–19.
58. Уразова О.И., Кравец Е.Б., Новицкий В.В., Роголёва А.В., Васильева О.А., Кузнецова В.Н., Недосекова Ю.В. Активность перекисного окисления липидов и системы глутатиона в лимфоцитах крови у больных диффузным токсическим зобом. Бюллетень Сибирской медицины 2009. - №4. – С. 47 – 52.
59. Урманова Ю.М., Азимова Ш.Ш., Рихсиева Н.Т. Частота и структура заболеваний щитовидной железы у детей и подростков по данным обращаемости // МЭЖ. – 2018. – №2.
60. Цуркан А.Ю., Ванушко В.Э., Бельцевич Д.Г., Ланцаков К.В., Манушакян Г.А. Современные подходы к лечению многоузлового эутиреоидного зоба // КЭТ. – 2010. – №1.
61. Шестакова Г.В., Ефимов А.С., Стронгин Л.Г., Карпенко С.Н., Шкарин В.В. Предикторы исходов радиойодтерапии болезни Грейвса // Клиническая и экспериментальная тиреодология. – 2010. – Т. 6. – № 3. – С. 48–53.
62. Шулутко А.М., Семиков В.И., Паталова А.Р. Возможности ультразвукового метода исследования в ранней диагностике рака щитовидной железы // Вестник хирургии им. Грекова. –2017. –№2. –С. 38–44.
63. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2013. 752 с.

64. Якубовский С.В. Использование сукцинат содержащих препаратов в комплексном лечении пациентов с диффузным токсическим зобом / С.В. Якубовский, Г.Г. Кондратенко, И.И. Попова // УО Белорус. гос. мед. ун-та. Клиническая медицина. – 2014. – № 8. – С. 50–53.
65. Abe S., Namba N., Abe M., Fujiwara M., Aikawa T., Kogo M. & Ozono K. Monocarboxylate Transporter 10 Functions as a Thyroid Hormone Transporter in Chondrocytes // *Endocrinology*. – 2012. – №153. –Р. 4049–4058. (<https://doi.org/10.1210/en.2011-1713>)
66. Accorroni A., Saponaro F., Zucchi R. Tissue Thyroid Hormones and Thyronamines // *Heart Fail Rev.* (2016) 21:373-90. doi: 10.1007/s10741-016-9553-8
67. Agrawal M., Zhu G., Sun L., Zaidi M., Iqbal J. The Role of FSH and TSH in Bone Loss and Its Clinical Relevance *Curr Osteoporos // Rep.* 2010; 8(4):205-11.
68. Agretti P., de Marco G., Russo L., Saba A., Raffaelli A., Marchini M., et al. 3-Iodothyronamine Metabolism and Functional Effects in FRTL5 Thyroid Cells // *J. Mol. Endocrinol.* (2011) 47:23-32. doi: 10.1530/JME- 10-0168
69. Ahsan A., Khan A., Farooq M.A., Naveed M. Baig MMFA, Tian W-x. 2020. physiology of Endocrine System and Related Metabolic Disorders. In *Endocrine Disrupting Chemicals-induced Metabolic Disorders and Treatment Strategies*:3-41: Springer. Number of 3-41 pp.
70. Akalin A., Colak Ö., Alatas Ö., Efe B. Bone Remodelling Markers and Serum Cytokines in Patients with Hyperthyroidism // *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2002;57(1):125-29.
71. Ale A.O., Odusan O.O., Afe T.O., Adeyemo O.L., Ogbera A.O. Bone Fractures among Adult Nigerians with Hyperthyroidism: Risk Factors, Pattern and Frequency // *Journal of Endocrinology, Metabolism and Diabetes of South Africa*. 2019;24(1):28-31.
72. Ale A.O., Ogbera A.O., Ebili H.O., Adeyemo O.L., Afe T.O. Prevalence, Predictive Factors, and Characteristics of Osteoporosis in Hyperthyroid Patients // *Int JEndocrinol*. 2018;(3):1-7.
73. Alharbi F., Ahmed M.R. Experience of Thyroid Surgery at Tertiary Referral Centers in Jazan Hospitals, Saudi Arabia // *Interv. Med. Appl. Sci.* 2018 Dec;10(4): P. 198-201.
74. Ali L.K. The Effect of Chronic Renal Failure on Thyroid Hormones // *Iraqi J pharm Sci*.2010;19(1):65-68.

75. Ali S.H., Abbass S.A. The Beneficial Role of Some Bone Markers in Evaluating women with Osteoporosis under Different Therapeutic Regimens // *Iraqi J pharmSci.* 2011;20(1):01-07.
76. Antonelli A., Fallahi P., Ferrari S.M., Domenicantonio A.D.I., Moreno M., Lanni A., et al. 3,5-Diiodo-L-thyronine Increases Resting Metabolic Rate and Reduces Body Weight without Undesirable Side Effects // *J. Biol. Regul. Homeost Agents* (2011) 25:657-62.
77. Assadi-Porter F., Reiland H., Sabatini M., Lorenzini L., Carnicelli V., Rogowski M., et al. Metabolic Reprogramming by 3-Iodothyronamine (T1AM): a New Perspective to Reverse Obesity through Co-regulation Of sirtuin 4 and 6 Expression // *Int. J. Mol. Sci.* (2018) 19:1535. doi: 10.3390/ijms19051535
78. Astapova I., Vella K.R., Ramadoss P., Holtz K.A., Rodwin B.A., Liao X.H., Weiss R.E., Rosenberg M.A., Rosenzweig A. & Hollenberg A.N. The Nuclear Receptor Corepressor (NCoR) Controls Thyroid Hormone Sensitivity and the Set Point of the Hypothalamic-pituitary-thyroid Axis. *Molecular Endocrinology.* 2011. 25 212–224. (<https://doi.org/10.1210/me.2010-0462>)
79. Safojev B.B., Rakhimov A.Ya., Boltayev T.Sh., Sharopova M.S. Situation of the Problems of Diagnosis and Treatment of the Syndrome of Diabetic Foot in Modern Surgery // *New Day in Medicine. (NDM).* 2018-№1 (21). P. 48-55.
80. Babusyte A., Kotthoff M., Fiedler J., Krautwurst D. Biogenic Amines Activate Blood Leukocytes Via Trace Amine-associated Receptors TAAR1 and TAAR2 // *J. Leukoc. Biol.* (2013) 93:387-94. doi: 10.1189/jlb.0912433
81. Bahi L., Garnier A., Fortin D., Serrurier B., Veksler V., Bigard A.X., et al. Differential Effects of Thyroid Hormones on Energy Metabolism of Rat Slow- and Fast-twitch Muscles // *J. Cell physiol.* (2005) 203:589-98. doi: 10.1002/jcp.20273.
82. Bakos B., Takacs I., Stern P.H., Lakatos P. Skeletal Effects of Thyroid Hormones // *Clin. Rev. Bone Miner Metab.* 2018;16(2):57-66.
83. Baquer N. Z., Cascales M., Mclean P., & Greenbaum A. L. Effects of Thyroid Hormone Deficiency on the Distribution of Hepatic Metabolites and Control of Pathways of Carbohydrate Metabolism in Liver and Adipose Tissue of the Rat // *European Journal of Biochemistry*, 1976. 68:403-13.

84. Barsal G., Taneli F., Atay A., Hekimsoy Z., Erciyas F. Serum Osteocalcin Levels in Hyperthyroidism before and after Antithyroid Therapy // *Tohoku J. Exp. Med.* 2004; 203(3):183-88.
85. Basset J., Williams G. The Molecular Actions of Thyroid Hormone in Bone // *Trends Endocrinol. Metab.* 2003;14:356-64.
86. Bassett J.D., Williams G.R. Role of Thyroid Hormones in Skeletal Development and Bone Maintenance // *Endocrine Reviews.* 2016; 37(2):135-87.
87. Bassett J.H., Harvey C.B. & Williams G.R. Mechanisms of Thyroid Hormone Receptor-specific Nuclear and Extra Nuclear Actions // *Molecular and Cellular Endocrinology.* 2003. 213 1–11. (<https://doi.org/10.1016/j.mce.2003.10.033>)
88. Bassett J.H., Nordström K., Boyde A., Howell P.G., Kelly S., Vennström B., et al. Thyroid Status During Skeletal Development Determines Adult Bone Structure Andmineralization // *Mol. Endocrinol.* 2007; 21(8):1893-904.
89. Bernal J. &Morte B. 2013 Thyroid Hormone Receptor Activity in the Absence of Ligand: physiological and Developmental Implications.
90. Bernal J. Thyroid Hormone Regulated Genes in Cerebral Cortex Development // *Journal of Endocrinology.* 2017. 232 R83–R97. (<https://doi.org/10.1530/JOE-16-0424>)
91. Bin Saleem R., Bin Saleem M., Bin Saleem N. Impact of Completion Thyroidectomy Timing on Post-operative Complications: a Systematic Review and Meta-analysis // *Gland Surg.* 2018 Oct; 7(5): P. 458-465.
92. Blennemann B., Leahy P., Kim T.S., Freake H.C. Tissue-specific Regulation of Lipogenic mRNAs by Thyroid Hormone // *Mol. Cell Endocrinol.* 1995. 110:1-8. doi: 10.1016/0303-7207(95)03509-6
93. Bocco B.M.L.C, Louzada RA.N., Silvestre D.H.S., Santos M.C.S., Anne-Palmer E., Rangel I.F., et al. Thyroid Hormone Activation by Type 2 Deiodinase Mediates Exercise-induced Peroxisome Proliferator-activated Receptor- γ Coactivator-1 α Expression in Skeletal Muscle // *J. physiol.* 2016. 594:5255–5269. doi: 10.1113/JP272440
94. Bochukova E., Schoenmakers N., Agostini M. Schoenmakers E., Rajanayagam O., Keogh J.M., Henning E., Reinemund J., Gevers E., Sarri M., et al. A Mutation in the Thyroid Hormone Receptor α Gene // *New England Journal of Medicine.* 2012. 366 243–249 (<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1110296>)

95. Bogner J.R., Kutaiman A., Esguerra-Alcalen M., Heldner S., Arvis P. Moxifloxacin in Complicated Skin and Skin Structure Infections (cSSSIs): A Prospective, International, Non-interventional, Observational Study // *Adv. Ther.* 2013; 30(6):630-64
96. Bowers G.N., McComb R.B. A Continuous Spectrophotometric Method for Measuring the Activity of Serum Alkaline phosphatase // *Clin Chem.* 1966;12:70.
97. Brandt S.L., Wang S., DeJani N.N., et al. Excessive Localized Leukotriene B4 Levels Dictate Poor Skin Host Defense in Diabetic Mice // *JCI Insight.* 2018; 3(17):e120220.
98. Braun D., & Schweizer U. Thyroid Hormone Transport and Transporters // *Vitamins and hormones.* 2018. 106:19-44.
99. Brent G.A. Mechanisms of Thyroid Hormone Action // *Journal of Clinical Investigation.* 2012. 122 3035–3043 (<https://doi.org/10.1172/JCI60047>)
100. Brent G.A. Mechanisms of Thyroid Hormone Action // *The Journal of Clinical Investigation.* 2012. 122:3035-43.
101. Brenta G. Diabetes and Thyroid Disorders // *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease.* 2010. 10:172-7.
102. Britton K.E., Quinn V., Brown B.L., Ekins R.P. A Strategy for Thyroid Function Tests // *Br. Med. J.* 1975; iii:350-52.
103. Brunetto E.L., Teixeira Sda S., Giannocco G., Machado U.F., Nunes M.T. T3 Rapidly Increases SLC2A4 Gene Expression and GLUT4 Trafficking to the Plasma Membrane in Skeletal Muscle of Rat and Improves Glucose Homeostasis // *Thyroid.* 2012. 22:70-9. doi: 10.1089/thy.2010.0409
104. Cardoso L.F., Maciel L.M., de Paula F.J. The Multiple Effects of Thyroid Disorders on Bone and Mineral Metabolism // *Arq Bras Endocrinol Metabo.* 2014; 58(5):452-63.
105. Carvalho D.P., & Dupuy C. Thyroid Hormone Biosynthesis and Release // *Molecular and cellular endocrinology.* 2017. 458:6-15
106. Carvalho D.P., Dupuy C. Thyroid Hormone Biosynthesis and Release // *Mol. Cell Endocrinol.* 2017. 458:6-15. doi: 10.1016/j.mce.2017.01.038
107. Chng C.L., Lim A.Y.Y., Tan H.C., Kovalik J.P., & Tham K.W. physiological and Metabolic Changes during the Transition from Hyperthyroidism to Euthyroidism in Graves' Disease // *Thyroid.* /(2016/). 26:1422-30.

108. Choi M.S, Jeon S.B, Lee J.H. Predictive Factors for Successful Limb Salvage Surgery in Diabetic Foot Patients // BMC Surg. 2014 Dec 30; 14:113.
109. Christoffolete M.A., Linardi C.C.G., De Jesus L., Ebina K.N., Carvalho S.D., Ribeiro M.O., et al. Mice with Targeted Disruption of the Dio2 Gene Have Cold-induced Overexpression of the Uncoupling Protein 1 Gene but Fail to Increase Brown Adipose Tissue Lipogenesis and Adaptive Thermogenesis // Diabetes. 2004. 53:577-84. doi: 10.2337/diabetes.53.3.577
110. Cokkinos D.V., Chrysanthopoulos S. Thyroid Hormones and Cardiac Remodeling // Heart Fail Rev. 2016 21:365-72. doi: 10.1007/s10741-016-9554-7.
111. Colicchia M., Campagnolo L., Baldini E., Ulisse S., Valensise H., Moretti C. Molecular Basis of Thyrotropin and Thyroid Hormone Action during Implantation and Early Development // Hum Reprod Update. 2014. 20:884–904. doi: 10.1093/humupd/dmu
112. Crunkhorn S., & Patti M. E. Links between Thyroid Hormone Action, Oxidative Metabolism, and Diabetes Risk? // Thyroid. 2008. 18:227-37.
113. Cumero S., Fogolari F., Domenis R., Zucchi R., Mavelli I., Contessi S. Mitochondrial F0F1-ATP Synthase Is a Molecular Target of 3-Iodothyronamine, an Endogenous Metabolite of Thyroid // Br J pharmacol. 2012. 166:2331-47. doi: 10.1111/j.1476-5381.2012.01958.x
114. Cvorc A., Bajic A., Zhang A., Simon M., Golic I., Sieglaff D.H., Maletic Savatic M., Korac A. & Webb P. Ligand Independent and Subtypes Elective Actions of Thyroid Hormone Receptors in HUMAN adipose Derived Stem Cells. PLoS One 11. 2016. e0164407. (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164407>)
115. Da Silva Teixeira S., Filgueira C., Sieglaff D.H., Benod C., Villagomez R., Minze L.J., et al. 3,5-Diiodothyronine (3,5-T2) Reduces Blood Glucose Independently of Insulin Sensitization in Obese Mice // Acta physiol. 2017. 220:238-50. doi: 10.1111/a pha.12821
116. Damiano F., Rochira A., Gnani A., Siculella L. Action of Thyroid Hormones, T3 and T2, on Hepatic Fatty Acids: Differences in Metabolic Effects and Molecular Mechanisms // Int. J. Mol. Sci. 2017. 18:744. doi: 10.3390/ijms18040744
117. Davis P.J., Goglia F. & Leonard J.L. Nongenomic Actions of Thyroid Hormone // Nature Reviews Endocrinology. 2016. 12 111–121. (<https://doi.org/10.1038/nrendo.2015.205>)

118. De Castro A.L., Fernandes R.O., Ortiz V.D., Campos C., Bonetto J.H.P., Fernandes T.R.G., et al. Thyroid Hormones Improve Cardiac Function and Decrease Expression of Pro-apoptotic Proteins in the Heart of Rats 14 Days after Infarction // *Apoptosis*. 2016. 21:184-94. doi: 10.1007/s10495-015-1204-3
119. De Lange P., Cioffi F., Senese R., Moreno M., Lombardi A., Silvestri E., et al. Nonthyrototoxic Prevention of Diet-induced Insulin Resistance by 3,5-Diiodo- L-thyronine in Rats // *Diabetes*. 2011. 60:2730-9. doi: 10.2337/db11-0207
120. Doga M., Formenti A.M., Frara S., Memo M., Giustina A., Mazziotti G. Subclinical Thyrotoxicosis and Bone // *Curr. Opin. Endocr. Metab. Res.* 2018; 3:25-30.
121. Duntas L.H., Orgiazzi J., & Brabant G. The Interface Between Thyroid and Diabetes Mellitus // *Clinical Endocrinology*. 2011. 75:1-9.
122. El Hadidy M., Ghonaim M., El Gawad S.S., El Atta M.A. Impact of Severity, Duration, and Etiology of Hyperthyroidism on Bone Turnover Markers and Bone Mineral Density in Men // *BMC Endocrine Disorders*. 2011;11(1):15.
123. Elshazly N., Khalil A., Saad M., Patruno M., Chakraborty J., Marei M. Efficacy of Bioactive Glass Nanofibers Tested for Oral Mucosal Regeneration in Rabbits with Induced Diabetes // *Materials (Basel)*. 2020; 13(11):2603.
124. Fallahi P., Ferrari S.M., Santini E., Camastra S., Frenzilli G., Puccini M., et al. Both 3,5-Diiodo-L-thyronine (T2) and T3 Modulate Glucose-induced Insulin Secretion // *J. Biol. Regul. Homeost Agents*. 2017 31:503-8.
125. Ferrannini E., Bjorkman O., Reichard G.A., Pilo A., Olsson M., Wahren J., & DeFronzo R.A. The Disposal of an Oral Glucose Load in Healthy Subjects: a Quantitative Study // *Diabetes*, 1985; 34(6), 580–588.
126. Flamant F. Futures Challenges in Thyroid Hormone Signaling Research // *Frontiers in Endocrinology*, 20167; 58. (<https://doi.org/10.3389/fendo.2016.00058>)
127. Flamant F., Cheng S.Y., Hollenberg A.N., Moeller L.C., Samarut. J., Wondisford F.E., Yen P.M. & Refetoff S. Thyroid Hormone Signaling Pathways: Time for a More Precise Nomenclature // *Endocrinology*, 2017; 158 2052–2057. <https://doi.org/10.1210/en.2017-00250>)
128. Flamini M.I., Uzair I.D., Pennacchio G.E., Neira F.J., Mondaca J.M., Cuello Carrion F.D., Jahn G.A., Simoncini T. & Sanchez A.M. Thyroid Hormone Controls Breast Cancer Cell Movement Via Integrin

α V/ β 3/SRC/FAK/PI3-Kinases // Hormones and Cancer, 20178; 16–27.
(<https://doi.org/10.1007/s12672-016-0280-3>)

129. Gurtner G.C., Werner S., Barrandon Y., Longaker M.T. Wound Repair and Regeneration // Nature. 2008; May 15; p. 453(7193):314-21. doi: 10.1038/nature07039. PMID: 18480812.

130. Gierach M., Gierach J., & Junik R. Insulin Resistance and Thyroid Disorders // Endokrynologia Polska, 2014; 65:70–76.

131. Giordano C., Barone I., Marsico S., Bruno R. Endemic Goiter and Iodine Prophylaxis in Calabria, a Region of Southern Italy: Past and Present // Nutrients. 2019; Oct 11; 11(10): C. 2428.

132. Granja C., Pova P., Lobo C. et al. The Predisposition, infection, Response and Organ Failure (PIRO) Sepsis Classification System: Results of Hospital Mortality Using a Novel Concept and Methodological Approach // PLoS One, 2013; 8 (1):e53885.

133. Greenblatt M.B., Tsai J.N., Wein M.N. Bone Turnover Markers in the Diagnosis and Monitoring of Metabolic Bone Disease // Clin Chem. 2017; 63(2):464-74.

134. Groeneweg S., van Geest F.S., Peeters R.P., Heuer H., & Visser W.E. Thyroid hormone transporters // Endocrine reviews, 2020; 41:146–201.

135. Grontved L., Waterfall J.J., Kim D.W., Baek S., Sung M.H., Zhao L., Park J.W., Nielsen R., Walker R.L., Zhu Y.J., et al. Transcriptional Activation by the Thyroid Hormone Receptor through Ligand-dependent Receptor Recruitment and Chromatin Remodelling // Nature Communications, 2015; 6 7048. <https://doi.org/10.1038/ncomms8048>)

136. Hernandez-Puga G., Navarrete-Ramirez P., Mendoza A., Olvera A., Villalobos P., Orozco A. 3,5-Diiodothyronine-mediated Transrepression of the Thyroid Hormone Receptor beta Gene in Tilapia. Insights on Cross-talk Between the Thyroid Hormone and Cortisol Signaling Pathways // Mol Cell Endocrinol., 2016; 425:103-10. doi: 10.1016/j.mce.2016. 01.023

137. Hoefig C.S., Zucchi R., Kohrle J. Thyronamines and Derivatives: physiological Relevance, pharmacological Actions, and Future Research Directions // Thyroid, 2016; 26:1656-73. doi: 10.1089/thy.2016.0178

138. Hollander C.S., Shenkman L. Radioimmunoassays for Triiodothyronine and Thyroxine. In: Rothfeld B., editor. Nuclear Medicine in vitro. Philadelphia: Lippincott, 1974:136-49.

139. Jakkamsetti V., Marin-Valencia I., Ma Q., & Pascual J.M. Pyruvate Dehydrogenase, Pyruvate Carboxylase, Krebs Cycle, and Mitochondrial Transport Disorders. In: Rosenberg's Molecular and Genetic

Basis of Neurological and Psychiatric Disease, 2020; 427-36: Elsevier. Number of 427-36 pp.

140. Jang J., Kim Y., Shin J., Lee S.A., Choi Y., & Park E.C. Association between Thyroid Hormones and the Components of Metabolic Syndrome // BMC endocrine disorders, 2018; 18:1-9.

141. Jitrapakdee S. Transcription Factors and Coactivators Controlling Nutrient and Hormonal Regulation Of hepatic Gluconeogenesis // Int. J. Biochem. Cell Biol., 2012; 44:33-45. doi: 10.1016/j.biocel.2011.10.001

142. Johnson M.J., Shumway N., Bivins M., Bessesen M.T. Outcomes of Limb-Sparing Surgery for Osteomyelitis in the Diabetic Foot: Importance of the Histopathologic Margin // Open Forum Infect Dis. 2019, Sep 10;6(10):ofz382

143. Ju H., Kim T., Chung C.M., Park J., Nikawa T., Park K., et al. Metabolic Suppression by 3-Iodothyronamine Induced Muscle cell Atrophy Via Activation of Foxo-proteasome Signaling and Downregulation of Akt1-S6K Signaling // Biol. pharm. Bull., 2017; 576:576-82. doi: 10.1248/bpb.b16-00653

144. Kapadia K.B., Bhatt P.A., & Shah J.S. Association between Altered Thyroid State and Insulin resistance // Journal of pharmacology & pharmacotherapeutics, 2012; 3:156.

145. Kiflew L.G., Warner M.S., Morales S., et al. Efficacy of phage Cocktail AB-SA01 Therapy in Diabetic Mouse Wound Infections Caused by Multidrug-resistant *Staphylococcus aureus* // BMC Microbiol., 2020; 20(1):204. Published 2020 Jul 9

146. Kim M.J., Cho S.W., Choi S., Ju D.L., Park D.J., & Park Y.J. Changes in Body Compositions and Basal Metabolic Rates During Treatment of Graves' Disease // International Journal of Endocrinology, 2018.

147. Kisakol G., Kaya A., Gonen S., Tunc R. Bone and Calcium Metabolism in Subclinical Autoimmune Hyperthyroidism and Hypothyroidism // Endocrine Journal, 2003; 50(6):657-61.

148. Koibuchi N. Molecular Mechanisms of Thyroid Hormone Synthesis and Secretion // Principles of Endocrinology and Hormone Action, 2018; 73-81.

149. Künzli B.M., Walensi M., Wilimsky J. Impact of Drains on Nausea and Vomiting after Thyroid and Parathyroid Surgery: a Randomized Controlled Trial // Langenbecks Arch Surg, 2019; Sep; 404(6):693-701

150. Kurbanov O.M., Shchegolev A.A., Rakhimov A.Ya., Junaydulloyev Sh.A. Characteristics of Clinical Manifestations of Purulent

- Diseases in the Pathology of the Endocrine glands // Problems Biology and Medicine (PBM), 2021; №3 (128)
151. Lämmermann T., Kastenmüller W. Concepts of GPCR-controlled Navigation in the Immune System // Immunol. Rev., 2019; May 289(1):205–231.
 152. Lehman S.M., Mearns G., Rankin D., et al. Design and Preclinical Development of a phage Product for the Treatment of Antibiotic-Resistant *Staphylococcus aureus* Infections // Viruses, 2019; 11 (1):88.
 153. Lehman I., Hoefig C.S., Kohrle J. 3-Iodothyronamine Reduces Insulin Secretion In vitro Via a Mitochondrial Mechanism // Mol. Cell. Endocrinol., 2018; 460:219-28. doi: 10.1016/j.mce.2017.07.026
 154. Luongo C., Dentice M., & Salvatore D. Deiodinases and Their Intricate Role in Thyroid Hormone Homeostasis // Nature Reviews Endocrinology, 2019; 15:479–88.
 155. Maratou E., Hadjidakis D.J., Peppas M., Alevizaki M., & Tsegka K. Studies of Insulin Resistance in Patients with Clinical and Subclinical Hyperthyroidism // European Journal of Endocrinology, 2010; 163:625.
 156. Marston W.A., Lantis J.C. 2nd, Wu S.C., Nouvong A., Clements J.R., Lee T.D., McCoy N.D., Slade H.B., Tseng S.C. One-year Safety, Healing and Amputation Rates of Wagner 3-4 Diabetic Foot Ulcers Treated with Cryopreserved Umbilical Cord (TTAX01) // Wound Repair Regen., 2020; 28 (4):526–531.
 157. Martinez-Sanchez N., Seoane-Collazo P., Contreras C., Varela L., Villarroya J., Rial-Pensado E., et al. Hypothalamic AMPK-ER Stress-JNK1 Axis Mediates the Central Actions of Thyroid Hormones on Energy Balance // Cell Metab., 2017; 26:212-29. e12. doi: 10.1016/j.cmet.2017.06.014
 158. Mettler J., Arnefti S., Schmidt M., Faust M., Engels M., Chiapponi C. Benign Thyroid Diseases: Are There Gender-Specific Differences for Diagnosis and Treatment of Nontoxic Thyroid Nodules? Results from a 4-Year Retrospective Analysis of an Endocrine Tumor Board // Visc Med., 2020 Feb; 36(1): P. 28-33.
 159. Mitish V.A., Safoyev B.B., Rakhimov A.Ya. Application by Transcutaneous Oximetry for Determination of Level of Amputation of the Limb at Critical Ischemia of the Lower Extremities at Patients with Diabetes // European Journal of Pharmaceutical and Medical Research. ejpmr, 2019, 6 (9), p.100-103. SJIF Impact Factor 4.897
 160. Mohammadi M., Azizi F., Hedayati M. Iodine Deficiency Status in the WHO Eastern Mediterranean Region: A systematic review // Environ. Geochem. Health, 2018; 40: 87–97.

161. Mondal S., Raja K., Schweizer U. & Mughesh G. Chemistry and Biology in the Biosynthesis and Action of Thyroid Hormones // *Angewandte Chemie International Edition in English*, 2016; 55 7606–7630. (<https://doi.org/10.1002/anie.201601116>)
162. Moreno M., Giacco A., Di Munno C., Goglia F. Direct and Rapid Effects of 3,5-Diiodo-L-thyronine (T2) // *Mol. Cell Endocrinol.*, 2017; 458:121-6. doi: 10.1016/j.mce.2017.02.012
163. Moreno M., Silvestri E., De Matteis R., de Lange P., Lombardi A., Glinni D., et al. 3,5-Diiodo-L-thyronine Prevents High-fat-diet-induced Insulin Resistance in Rat Skeletal Muscle through Metabolic and Structural Adaptations // *FASEB J.*, 2011; 25:3312-24. doi: 10.1096/fj.11-181982
164. Mullur R., Liu Y.Y., & Brent G.A. Thyroid Hormone Regulation of Metabolism // *physiological reviews*, 2014; 94:355-82.
165. Olivieri A., DI Cosmo C., DE Angelis S. The Way Forward in ITALY for Iodine // *Minerva Med.*, 2017 Apr; 108 (2):159-168.
166. Pascual A. & Aranda A. Thyroid Hormone Receptors, Cell Growth and Differentiation // *Biochimica et Bio physica Acta*, 2013; 1830 3908–3916. (<https://doi.org/10.1016/j.bbagen.2012.03.012>)
167. Politis S.N., Servili A., Mazurais D., Zambonino-Infante .JL., Miest J.J., Tomkiewicz J. & Butts I.A.E. Temperature Induced Variation in Gene Expression of Thyroid Hormone Receptors and Deiodinases of European *eel* (*Anguilla anguilla*) larvae // *General and Comparative Endocrinology*, 2018 ; 259 54–65. (<https://doi.org/10.1016/j.ygcen.2017.11.003>)
168. Rai T., DSA J., Rai S. Bone Turnover Markers; An Emerging Tool to Detect Primary Osteoporosis // *Journal of Clinical & Diagnostic Research*. 2018;12(12):BC04-BC07.
169. Rakhimov A.Ya., Qurbonov O.M., Sagdullayeva G.U., Safoyev B.B., Latipov O.Z. Transcutaneous Oximetry as the Choice of the Research for Determination of Level of Amputation of the Crus at Critical Ischemia of the Lower Extremities at Patients with the Diabetes Mellitus // *Asian Journal of Multidimensional Research. AJMR*, Vol. 8, Issue 12, December 2019, p. 120-125. Impact Factor: SJIF 2018 = 6.053
170. Rakhimov A.Ya. The Modified Myoplastic Methods of Amputation of the Crus at Critical Ishemiya of the Lower Extremity at Patients with the Diabetes Mellitus (dm) // *New Day in Medicine (NDM)*, 2020, №1 (29). P. 337-341.
171. Russo S.C., Salas-Lucia F., & Bianco A.C. Deiodinases and the Metabolic Code for Thyroid Hormone Action // *Endocrinology*, 2021.

172. Saad M.I., Abdelkhalek T.M., Saleh M.M., Kamel M.A., Youssef M., Tawfik S.H., Dominguez H. Insights into the Molecular Mechanisms of Diabetes-Induced Endothelial Dysfunction: Focus on Oxidative Stress and Endothelial Progenitor Cells // *Endocrine*, 2015 Dec; 50 (3):537-67.
173. Sacripanti G., Nguyen N.M., Lorenzini L., Frascarelli S., Saba A., Zucchi R., et al. 3,5-Diiodo-L-thyronine Increases Glucose Consumption in Cardiomyoblasts without Affecting the Contractile Performance in Rat Heart // *Front. Endocrinol.*, 2018 ; 9:282. doi: 10.3389/fendo.2018.00282
174. Safoev Bakodir B., Obid M. Kurbanov, Aziz Ya. Raximov, Maloxat S. Sharopova, Ibroxim Sh. Muxammadiev, Khurshid K. Turdiev. Purulent Surgical Diseases of Soft Tissues in the Pathology of the Thyroid Gland at the Background Diabetes Mellitus // *Journal of Natural Remedies*, Vol. 21, 2021, No. 12(1), JNROnline Journal ISSN:2320-3358 ISSN:0972-5547
175. Şahin D., Altan N., Sepici-Dinçel A., & Engin A. The Effects of Thyroid Hormones on Glucokinase Enzyme Activity in Diabetic Rat Liver Tissues. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 2019; 2:105-12.
176. Salvatore D. Deiodinases and Stem Cells: an Intimate Relationship // *J Endocrinol Invest.*, 2018 ; 41:59-66. doi: 10.1007/s40618-017-0737-4
177. Schanze N., Jacobi S.F., Rijntjes E., Mergler S., Del Olmo M., Hoefig C.S., et al. 3-Iodothyronamine Decreases Expression of Genes Involved in Iodide Metabolism in Mouse Thyroids and Inhibits Iodide Uptake in PCCL3 Thyrocytes // *Thyroid*, 2017; 27:11-22. doi: 10.1089/thy.2016.0182
178. Schweizer U., Towell H., Vit A., Rodriguez-Ruiz A. & Steegborn C. Structural Aspects of Thyroid Hormone Binding to Proteins and Competitive Interactions with Natural and Synthetic Compounds // *Molecular and Cellular Endocrinology*, 2017; 458 57–67. (<https://doi.org/10.1016/j.mce.2017.01.026>)
179. Selen Alpergin E.S., Bolandnazar Z., Sabatini M., Rogowski M., Chiellini G., Zucchi R., et al. Metabolic Profiling Reveals Reprogramming of Lipid Metabolic Pathways in Treatment of Polycystic Ovary Syndrome with 3-Iodothyronamine // *physiol. Rep.*, 2017; 5:e13097. doi: 10.14814/phy2.13097
180. Senese R., Cioffi F., de Lange P., Leanza C., Iannucci L.F., Silvestri E., et al. Both 3,5-diiodo-L-thyronine and 3,5,3'-Triiodo-L-thyronine Prevent Short Term Hepatic Lipid Accumulation Via Distinct Mechanisms in Rats Being Fed a High-fat Diet. // *Front. physiol.*, 2017; 8:706. doi: 10.3389/fphys.2017.00706

181. Shivaleela M.B. Serum Calcium and phosphorous Levels in Thyroid Dysfunction // Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences. 2012; 2(2):179-83.
182. Simonides W.S., van Hardeveld C. Thyroid Hormone as a Determinant of Metabolic and Contractile phenotype of Skeletal Muscle // Thyroid, 2008; 18:205-16. doi: 10.1089/thy.2007.0256
183. Skah S., Uchuya-Castillo J., Sirakov M. &Plateroti M. The Thyroid Hormone Nuclear Receptors and the Wnt/ β -catenin pathway: an Intriguing Liaison // Developmental Biology, 2017; 422 71–82. (<https://doi.org/10.1016/j.ydbio.2017.01.003>)
184. Schäfer M., Werner S. Transcriptional Control of Wound Repair // Annu. Rev. Cell. Dev. Biol., 2007; 23: p. 69-92. doi: 10.1146/annurev.cellbio.23.090506.123609. PMID: 17474876.
185. ShahM., Foreman D.M. and Ferguson M.W.J. Control of Scaring in Adult Wound by Neutralizing Antibodies to Transforming Growth Factors Beta // The Lancet, 1992; P. 339, 213-214. [http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736\(92\)90009-R](http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(92)90009-R).
186. Subramanian K.S., Dziedzic R.C., Nelson H.N., Stern M.E., Roggero V.R., Bondzi C. & Allison L.A. Multiple Exportins Influence Thyroid Hormone Receptor Localization // Molecular and Cellular Endocrinology, 2015; 411 86–96. (<https://doi.org/10.1016/j.mce.2015.04.014>)