



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (77) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (77)

2025

март

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.75-092-07-089

QANDLI DIABETI BOR BOLGAN BEMORLARDA FURNYE FLEGMONASINI JARROXLIK DAVOLASH

Matmurotov Q.J. <https://orcid.org/0000-0001-6342-0641>

Parmanov S.A. <https://orcid.org/0009-0000-3015-3110>

Atajonov T.Sh. <https://orcid.org/0009-0005-2876-535X>

Najmitdinova D.G. <https://orcid.org/0009-0007-8807-7078>

Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel:
+998781507825 E-mail: info@tma.uz

✓ Rezyume

Zamonaviy tibbiyotning jadal rivojlanishiga qaramay, yumshoq to'qimalarning anaerob infeksiyasi muammosi turli mutaxassislikdagi shifokorlarning diqqatini tortadi. Bu holat anaerob infeksiyani kasallikning og'irligi, davolanishni tanlashda murakkabligi va yuqori o'lim darajasi (14-80%) tufayli alohida o'rin tutishi bilan bog'liq. Tadqiqotning maqsadi: Furnye flegmonasining klinik kechishi xususiyatlarini o'rganish va qandli diabet fonida uni davolash taktikasini tanlashdir. Ushbu tadqiqotda Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasining yiringli jarrohlik va qandli diabetning jarrohlik asoratlari bo'limida Furnye flegmonasi bilan kasallangan 29 bemorni 2015 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda statsionar davolash natijalari tahlil qilindi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $53,6 \pm 6,2$ yoshni tashkil etdi va barcha bemorlarda qandli diabet 2 tip bor bo'lgan. Kasalxonada o'rtacha davolanish kuni, 10,4 kunni tashkil etdi. Natijalar: qandli diabet Furnye gangrenasining rivojlanishida muhim rol o'ynagan, barcha bemorlar bundan aziyat chekishgan va barcha holatlarda oraliq yoki chov sohalarida fassiit belgilari bo'lgan. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari (arterial gipertenziya, YuIK, IKKS) 7 (24,1%)ta bemorda, 2 (6,7%) bemorda alkogolizm, 4 (13,4%)ta bemorda siydik yo'llari va pararektal soxa infeksiyasi, uzoq muddatli foydalanish aniqlandi. Bitta bemorda revmatoid artrit tufayli gormonlar va sitostatiklarni uzoq muddat qabul qilgan.

Kalit so'zlar: Furnye flegmonasi, anaerob infeksiya, qandli diabet.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФЛЕГМОНЫ ФУРНЬЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Матмуротов К.Ж. <https://orcid.org/0000-0001-6342-0641>

Парманов С.А. <https://orcid.org/0009-0000-3015-3110>

Атажонов Т.Ш. <https://orcid.org/0009-0005-2876-535X>

Нажмитдинова Д.Г. <https://orcid.org/0009-0007-8807-7078>

Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент,
Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

Несмотря на бурное развитие современной медицины проблема анаэробной инфекции мягких тканей привлекает пристальное внимание врачей различных специальностей. Данная ситуация обусловлено тем, что анаэробная инфекция занимает особое место в связи с тяжестью течения болезни, сложностью выбора лечения и высокой летальностью (14-80%). Цель исследования: изучение особенностей клинического течения флегмоны Фурнье и выбор тактики её лечения на фоне сахарного диабета. В данном исследовании были проанализированы результаты стационарного лечения 29 больных с флегмоной Фурнье в отделении гнойной хирургии и хирургических осложнений сахарного диабета при многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии в период с 2015 по 2022 гг. Средний возраст больных составлял $53,6 \pm 6,2$ года и все пациенты имели сахарный диабет 2

типа. Средний койко-день стационарного лечения составил 10,4 дней. Результаты: Анализ полученных данных показал, что немаловажную роль в развитии гангрены Фурнье играл сахарный диабет, который страдали все пациенты и во всех случаях наблюдалось признаки фасциита промежности или паховых областей. Заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы (Артериальная гипертензия, ИБС, ПИКС) было выявлено – у 7 (24,1%), алкоголизм – у 2-х (6,7%) пациенты, инфекция мочевыводящих путей и параректальной области – у 4-х (13,4%), длительный прием гормонов и цитостатиков по поводу ревматоидного артрита у одного больного.

Ключевые слова: гангрена Фурнье, анаэробная инфекция, сахарный диабет.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH Fournier PHLEGMON IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Matmurotov K.J. <https://orcid.org/0000-0001-6342-0641>

Parmanov S.A. <https://orcid.org/0009-0000-3015-3110>

Atajonov T.Sh. <https://orcid.org/0009-0005-2876-535X>

Najmitdinova D.G. <https://orcid.org/0009-0007-8807-7078>

Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district,
st. Farobi 2, phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Resume

Despite the significant advancements in modern medicine, the issue of anaerobic infection in soft tissues remains a topic of great interest among medical professionals across various fields of specialization. The aforementioned scenario is attributed to the distinctive position held by anaerobic infection, characterized by the ailment's seriousness, the intricacy of selecting appropriate therapy, and a significant fatality rate ranging from 14% to 80%. The objective of this study was to examine the clinical progression of Fournier's phlegmon and the treatment options available in the context of diabetes mellitus. The present investigation involved an examination of the outcomes of inpatient therapy for 29 individuals diagnosed with Fournier's gangrene. The study was conducted within the purulent surgery and surgical complications of the diabetes department at the multidisciplinary clinic of Tashkent Medical Academy, spanning the timeframe from 2015 to 2022. The study population consisted of individuals diagnosed with type 2 diabetes mellitus, with a mean age of 53.6 ± 6.2 years. The mean duration of inpatient treatment, as measured by bed days, was 10.4 days. Results: The findings of the data analysis indicate that diabetes mellitus is a significant contributing factor to the onset of Fournier's gangrene, as evidenced by its presence in all patients and the consistent observation of perineal or inguinal fasciitis symptoms in all cases. The study revealed that a proportion of 24.1% of patients was diagnosed with cardiovascular diseases, including hypertension, IBS, and PICS. Additionally, 6.7% of patients were found to have alcoholism, while 13.4% presented with urinary tract and pararectal infections. Furthermore, one patient had a history of long-term use of hormones and cytostatics for rheumatoid arthritis.

Keywords: Fournier gangrene, anaerobic infection, diabetes mellitus.

Dolzarbligi

Zamonaviy tibbiyotning jadal rivojlanishiga qaramay, yumshoq to'qimalarning anaerob infeksiyasi muammosi turli mutaxassislikdagi shifokorlarning diqqatini tortadi. Bu holat anaerob infeksiyani kasallikning og'irligi, davolanishni tanlashda murakkabligi va yuqori o'lim darajasi (14-80%) tufayli alohida o'rin tutishi bilan bog'liq [1, 5, 9].

Jinsiy organlarning nekrotik fassiitining etiologiyasi va patogenezini bo'yicha hali ham yagona fikr mavjud emas. Yarada eksudatni tekshirishda ko'p hollarda staphylococcus aureus, gemolitik streptokokk assotsiatsiyalarda, E. coli enterococcus va proteus aniqlanadi. Yaradan olingan kulturani o'rganish quzg'atuvchilarning 1/3 qismida anaerob-aerob assotsiatsiyalar va kechki bosqichlarda zamburug'lar florasi qo'shilishi bilan kuzatiladi [4, 7].

Qandli diabet fonida anaerob infeksiyaning klinik xususiyatlarini bilish ushbu hayot uchun xavfli kasallikni erta bosqichda aniqlash va o'z vaqtida davolash tadbirlarni boshlash imkonini beradi.

Adabiyotda Furnye gangrenasi (flegmonasi) turli nomlar ostida tasvirlangan: tashqi jinsiy a'zolar terisining fulminant gangrenasi, idiopatik yorg'oq flegmonasi, epifassial nekroz, spontan yorg'oq gangrenasi, yorg'oq gangrenoz saramasi, Furnye sindromi [2, 3, 10].

Furnye flegmonasi (gangrenasi) - teriga anaerob mikroorganizmlarning kiritilishi natijasida yorg'oq va jinsiy olatni to'qimalarining o'tkir nekrozi. Furnye flegmonasining paydo bo'lishining omili – bu yorg'oqning qon bilan ta'minlanishining o'ziga xos xususiyatlaridir. Yorg'oqdagi arterial tarmoqlarning siyrakligi hamda mavjud katta zich venoz oqimi qonning sekin qochishiga sharoit yaratadi. Shish rivojlanadi, bu arterial qon oqimining yanada buzilishiga olib keladi, bu esa chirish jarayonining rivojlanishi va jadallanishi uchun qulay sharoitdir [8, 12].

Yorg'oq terisi, teri osti yog' qatlami nekrozi paydo bo'lib, asta-sekin yuza va chuqur fassiya bo'ylab tarqaladi [3, 11]. Yorg'oq va ularning o'simtalari alohida qon ta'minotiga ega va ko'pincha bu jarayonda ishtirok etmaydi. Furnye gangrenasi bilan og'rigan bemorlarni va ayniqsa qandli diabeti bor bemorlarni davolash taktikasi to'g'risida ilmiy jamoatchilikda yagona fikr mavjud emas. Qandli diabet fonida Furnye gangrenasi atipik va ko'p hollarda septik asoratlarga olib keladi, bu esa o'lim ehtimolini oshiradi [6, 13].

Shu munosabat bilan, ushbu tadqiqotning maqsadi Furnye flegmonasining klinik kechishi xususiyatlarini o'rganish va qandli diabet fonida uni davolash taktikasini tanlashdir.

Material va tadqiqot usullari

Ushbu tadqiqotda Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasining yiringli jarrohlik va qandli diabetning jarrohlik asoratlari bo'limida Furnye flegmonasi bilan kasallangan 29 bemorni 2015 yildan 2022 yilgacha bo'lgan davrda statsionar davolash natijalari tahlil qilindi. Bemorlarning o'rtacha yoshi $53,6 \pm 6,2$ yoshni tashkil etdi va barcha bemorlarda qandli diabet 2 tip bor bo'lgan. Kasalxonada o'rtacha davolanish kuni, 10,4 kunni tashkil etdi.

Amalga oshirilgan davolash chora-tadbirlarga qaramay, organizmning og'ir intoksikatsiyasi va sepsis sindromi fonida poliorgan etishmovchiligi tufayli 3 (10,3%) bemorda o'lim kuzatildi. Tahlil shuni ko'rsatdiki, 25 (86,2%) bemorda kasallikning boshlanishi to'satdan paydo bo'lgan, ya'ni Furnye flegmonasining spontan shakli, 4 (13,8%) da bu ikkilamchi (yorg'oq yoki oraliq sohasi jarrohlik operatsiyalaridan keyin), 3 (10,3%) holatlarda orxoepididimit o'tkazish fonida va bitta bemorda (3,4%) - Vinkelman operatsiyasidan keyingi holatda (yorg'oq istisqosini bartaraf qilish).

Klinikaga qabul qilingandan so'ng, barcha bemorlar patologik o'choqni aniqlash va antibakterial terapiya strategiyasini aniqlash uchun umumiy klinik va instrumental (rentgen tekshiruvi va EKG) tekshiruvlaridan, shuningdek qonni bakteriologik oziqa muxitiga ekish va florani aniqlash maqsadida yara eksudatidan surtma olindi. Bemorlarga antibakterial terapiya bilan birga diurez stimulyatsiyasi va ko'p hajmli infuzion terapiya o'tkazildi. Shuningdek bemorlarga organlar va tizimlar ishini korreksiyasi uchun kardiolog va endokrinolog maslahati olindi.

Barcha bemorlarga anaerob infeksiyani davolashda muhim bo'g'in bo'lgan intensiv terapiya o'tkazildi.

- qondagi glyukoza miqdorini korreksiyasi (insulinoterapiya).

- Antibakterial terapiya. Aralash mikrobial etiologiyani hisobga olgan holda, birinchi navbatda, keng spektrli dorilar tavsiya qilinadi (III-IV avlod ftorxinolonlari, III-IV avlod kombinatsiyalangan sefalosporinlari, klindamitsin bilan birgalikda karbopenemlar, shuningdek tizimli zamburuqqa qarshi dori-vositalari) va keyinchalik yaraning ajralmasining bakteriologik tekshiruvlarini javobidan keyin korrekcirovka qilgan holda tavsiya qilinadi.

- Massiv infuzion terapiya, infuzion hajmi kuniga uch litrgacha (kolloidlar, kristalloidlar, oqsil preparatlari).

- Trombozlar va emboliyalar profilaktikasi (pastmolekulyar geparin, antiagregantlar).

- Antigipoksantlar va immunomodulyatorlar (neypogen).

- Simptomatik terapiya.

Kasalxonaga yotkazilgan 8 (27,6%)ta bemorning ahvoli og'ir (organizmning og'ir intoksikatsiyasi) tufayli infuzion terapiya va operatsiyaga qisqa muddatli tayyorgarlik ko'rish uchun reanimatsiya bo'limiga o'tkazildi. Barcha holatlarda bemorlar shoshilinch operatsiya qilindi.

Olingan natija va tahlillar

Olingan ma'lumotlarning tahlili shuni ko'rsatdiki, qandli diabet Furnye gangrenasining rivojlanishida muhim rol o'ynagan, barcha bemorlar bundan aziyat chekishgan va barcha holatlarda oraliq yoki chov sohalarida fassiit belgilari bo'lgan. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari (arterial gipertenziya, YuIK, IKKS) 7 (24,1%)ta bemorda, 2 (6,7%) bemorda alkogolizm, 4 (13,4%)ta bemorda siydik yo'llari va pararektal soxa infeksiyasi, uzoq muddatli foydalanish aniqlandi. Bitta bemorda revmatoid artrit tufayli gormonlar va sitostatiklarni uzoq muddat qabul qilgan.

Qoida tariqasida, bu kasallik keskin boshlangan edi: umumiy holsizlik, tana haroratining kuchli gektik raqamlargacha ko'tarilishi (40°S), taxikardiya, titroq va gipodinamiya. Yumshoq to'qimalarning qo'lansa chirigan zararlanishi, umumiy intoksikatsiya belgilarining ustunligi bilan mahalliy klassik infeksiya alomatlarini so'nishi bilan tavsiflangan.

Mahalliy tipik klinik belgilari shish bo'lib, yorg'oq va jinsiy olatni giperemiyasi kasallik boshlanganidan 12-24 kun o'tgach aniqlangan, ko'p hollarda esa 3-kuni yorg'oqda qorayish belgilari qayd etilgan. Asta-sekin yorg'oq terisi to'q qizil-ko'kimtir rangga aylanib, teri va teri osti yog' qatlami nekroz o'choqlari hosil bo'lgan. Yorg'oqdagi yaralarning ajralmasi gaz pufakchalarini tashkil qilgan va qo'lansa xidli kulrang-kir rangda bo'lgan. Zararlangan sohada taktil sezgirliги yo'q bo'lgan.

Klinik kuzatuv.

Bemor T.I., 1967 y.t., k/t №7651/672. 12.03.2020 y. yorg'oq sohasida og'riq, qizarish, yiringli-nekrotik yara va qorayishga, tana haroratini $39,5^{\circ}\text{S}$ gacha ko'tarilishi va ishtahasizlikka shikoyat qilib kelgan. Anamnezidan: 13 yildan beri qandli diabet bilan hasta, doimiy ravishda qondagi glyukoza miqdorini tushiradigan dori-vositalarini (insulin) qabul qilib kelgan. 3 kun ichida turar joy bo'yicha ambulator davomolajalarini qabul qilgan. Ammo dinamikada davolanishning samarasi bo'lmagan, bemorning axvoli yomonlashgani sababli bemor bizning kilinikaga statsionar davo uchun murojaat qilgan.

Bemorning kelgandagi ahvoli og'ir bo'lgan. Teri qoplamlari va ko'zga ko'rinadigan shilliq qavatlari rangpar. A/B 90/60 mm.sim.ust. Puls – 110 ta. O'pkalarda sust vezikulyar nafas eshitiladi. Qorni yumshoq, og'riqsiz. Jigar va taloq kattalashmashan. Ich kelishi regulyar, diurezning oxirgi kunlarda xajmi kamaygan.

Qon tahlili: Nv – 122 g/l, er. – $3,2 \cdot 10^{12}$, l – 27×10^9 , t/ya – 12, s/ya – 85, EChT – 20, qoning qand miqdori – 12,5 mmol/l. Mochevina – 8,6 mkmol/l, kreatinin – 127,8 mkmol/l. Fibrinogen – 778. Qonning ivish vaqti: boshlanishi 4-45, tugashi 5-55.

Lokal: yorg'oq sohasida krepitatsiya belgilari bilan birgalikda keskin shish, og'riq va qorayish ko'zatiladi. Palpatsiyada og'riq va qizarish chov sohasi va past qismi pararektal zonalarigacha tarqalgan. Teri va teri osti yog' qoplamlari nekrozi $15,5 \times 11,0$ smni tashkil qiladi. Ikki tomonlama chov soxalarining regionar limfatik tugnlari kattalashgan, og'riqli. Yorg'oq sohasini UZD qilganda yumshoq to'qimalarning keskin infiltratsiyasi va suyuqlik to'planishi aniqlangan. Bemorda Furne flegmonasi mavjud.

Infuzion terapiya boshlanib, qisqa muddatli tayyorgarlikdan so'ng bemorga yorg'oq sohasining flegmonasi ochish bilan birgalikda nekrektomiya amaliyoti o'tkazildi. Jarrohlik amaliyoti davomida anaerob yiringli jarayonning chap chov sohasiga o'tishi aniqlandi va shuning uchun ushbu zona ochildi. Yorg'oqlar qobiqlarining chirish jarayoniga qaramay, patologik o'choqni birlamchi sanatsiya qilishda biz urug'donlarni saqlab qolishga doimo amal qildik, chunki moyaklar olib tashlagandan keyin bemorlarda operatsiyadan so'ngi turmush tarziga salbiy ta'sir ko'rsatadigan disgormonal holat belgilari paydo bo'lishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davrda bemor muntazam ravishda to'qimalarni reparatsiyasini kuchaytiradigan antiseptiklar va malhamlar bilan jarohat sanatsiyasi o'tkazildi. Operatsiyadan keyingi 10-kuni bemor yashash joyi bo'yicha ambulator davolanish uchun qoniqarli holatda chiqarildi. Dinamikada operatsiyadan keyingi jarohat holati, granulyatsiya belgilariga ega.

20-kuni bemorga jarohat nuqsonini yopish uchun rekonstruktiv jarrohlik tavsiya qilindi, bemor uni qat'iyon rad etdi va operatsiyadan keyingi jarohat 64-kuni ikkilamchi bitish bilan to'liq yopildi.

Mulohaza. Anaerob infeksiyani davolash va ijobiy natijalarga erishishda o'z vaqtida jarrohlik davolash va individual kompleksli intensiv terapiya muhim ahamiyatga ega. Shuni ta'kidlash kerakki, jarrohlik yordamini tashkil etishda vaqt omili kasallikning prognozida muhim va ba'zan hal qiluvchi rol o'ynaydi, chunki anaerob infeksiya distal va proksimal yo'nalishlarda rivojlanib, katta maydonlarga tez tarqaladi, bu esa bemorning umumiy ahvolini yomonlashtiradi, eng ko'p jarrohlik aralashuvlarni amalga oshirish xavfini oshiradi.

Bizning fikrimizcha, qandli diabet fonida Furnye gangrenasi bo'lgan bemorlarda kompleks davolash yondashuvining asosiy bosqichlari yiringli-nekrotik o'choqni radikal jarrohlik yo'li bilan davolash, kunlik

yaraning bog'lamini almashtirish va deeskalatsion antibakterial va bemorning ahvoliga qarab rejali infuzion terapiya belgilash hisoblanadi. Jarrohlik ishlov paytida infeksiyadan zararlangan to'qimalarni vizual ko'rishda o'zgarmagan joylarga kirgan holda kengroq yorish, yorg'oqlarni ochishdan qo'rqmasdan to'liq nekrektomiya qilish kerak. Yorg'oqlarni barcha zararlangan qatlamlarini olib tashlanishiga qaramay, biz disgormonal holatni oldini olish uchun ularni saqlashga rioya qilganmiz va barcha kuzatishlarimizda, hatto katta jarohatlarda ham, moyaklarni saqlab qolishga muvaffaq bo'ldik.

Jarrohlik davolash operatsiyadan oldingi qisqa muddatli tayyorgarlikdan so'ng (2 soatdan ko'p bo'lmagan) amalga oshirilishi kerak. Septik shok bilan asoratlangan bemorlarda jarrohlik aralashuv faqat qon bosimi barqarorlashgandan so'ng amalga oshirildi va bemor qabul qilinganda jarrohlik aralashuv faqat yiring chiqarish va to'qimalarning aeratsiyasi uchun lampas kesmalar bilan cheklandi. Dinamikada yallig'lanish belgilari kamayishi va o'lik to'qimalar ajralishi uchun yara defektini tiklash bilan bosqichma-bosqich nekrektomiyalar amalga oshiriladi.

Ko'pgina holatlarda, yara jarayonining 3-bosqichida terini yopish maqsadida teri plastikasining turli usullari qo'llanilgan. Qandli diabet bilan og'rigan bemorlarda rekonstruktiv plastik jarrohlik imkon qadar erta amalga oshirilishi kerak, chunki katta yara yuzasi orqali oqsillar va elektrolitlar yo'qoladi va yara kasalxonada antibiotiklarga chidamli flora bilan zararlanadi, bu qandli diabeti bor bo'lgan bemorlarni davolashda muhim jixatlardan biridir.

Qandli diabet fonida Furnye gangrenasi bo'lgan bemorlarni kompleks jarrohlik yo'li bilan davolash natijasida qisqa vaqt ichida yorg'oqdagi jarohatni davolashga erishish, yara nuqsonlarini har xil turdagi teri plastikasi va mahalliy to'qimalar bilan rekonstruktiv jarrohlik yo'li bilan yopish mumkin, qolaversa shu bilan birgalikda bemorlarning bunday og'ir kontingentini nogironligidan qutilish mumkin.

Xulosalar

1. Qandli diabet fonida Furne gangrenasida chirish jarayonini tarqalishi ashaddi jadallashuvga ega. Bu organizmning reaktivligini pasayishi, bakterial floraning polivalentligi va oraliq, chov sohalarining anatomik tuzilishi bilan bog'liq.
2. Davolashda o'z vaqtida jarrohlik aralashuvi (yiringli-nekrotik o'choqni radikal jarrohlik davolash, bosqichma-bosqich nekrektomiya, terini plastikasi va mahalliy to'qimalar bilan jarohat rekonstruksiyasi) va ko'pkomponentli intensiv terapiya asosiy ahamiyatga ega.
3. Kutilgan natijaga erishish uchun etarli va o'z vaqtida deeskalatsiyali antibakterial terapiya ham katta ahamiyatga ega, chunki bemorlarning aksariyati takroriy jarrohlik aralashuvlar va etarli darajada qo'llanilmagan antibakterial terapiyadan so'ng viloyatlardan kelgan ikkilamchi yani qayta murojaat qilgan bemorlar tashkil qilgan.

ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Arapov D.A. "Anaerobnaya gazovaya infektsiya" / M. – Meditsina. – 1972.
2. Goryunov S.V. "Gnoynaya xirurgiya: Atlas". / M: BINOM. Laboratoriy znaniy. 2004; 133-169 str.
3. Vengerovskiy I.S. "Molnienosnaya gangrena narujnix genitaliy" // Sov. Xirurgiya. 1935;11:39-44.
4. Izmaylov G.A. "Bolezn Furnye" // Vestnik xirurgii. 1997;6:70-73.
5. Kolesov A.P. "Anaerobnaya infektsiya v xirurgii" // L. – Meditsina. – 1989.
6. Fedotov V.D. "Izbranniy kurs leksiy po gnoynoy xirurgii" // M. – izd. «Miklosh». 2005; 204-218.
7. Ersay A., Yilmaz G., Akgun Y., Celik Y. Factors affecting mortality of Fournier's gangrene: review of 70 patients. ANZ J Surg 2007;77:43-8.
8. Hallock G.C. Scrotal reconstruction following Fournier's gangrene using the femoral circumflex artery perforate flap. Ann Plast Surg 2006;57:333- 5.
9. Karsidag S., Akcal A., Sirvan S. et al. Perineoscrotal reconstruction using a medial circumflex femoral artery perforator flap. Microsurgery 2011;31(2):116-21.
10. Lang E.K., Hanano A., Rudman E., Macchia R.J. Computerized tomography of Fournier's gangrene. J Urol 2010;183(2):740.
11. Sugimoto M., Matsuura K., Takayama H. Et al. Extended retroperitoneal necrotizing fasciitis with genital involvement, resembling Fournier's gangrene. Surg Infect (Larchmt). 2010;11(5):463- 7.
12. Tsai M.J., Lien C.T., Chang W.A. et al. Transperineal ultrasonography in the diagnosis of Fournier's gangrene. Ultrasound Obstet. Gynecol. 2010;36(3):389-390.
13. Yoneda A., Fujita F., Tokai H. et al. MRI can determine the adequate area for debridement in the case of Fournier's gangrene. Int Surg 2010;95(1):76-9.

Qabul qilingan sana 20.02.2025