

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ
ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc/PhD.04/30.12.2019Тib.93.01 РАҚАМЛИ
ИЛМИЙ КЕНГАШ**

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

ЛАТИПОВ ОРИФ ЗАРИПОВИЧ

**АМБУЛАТОРИЯ ШАРОИТИДА ҚЎЛ ПАНЖАСИНИНГ
ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.27 – Жарроҳлик

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИНИНГ АВТОРЕФЕРАТИ**

БУХОРО – 2021

Фалсафа доктори (PhD) диссертациясининг мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида B2021.3.PhD/Tib2159 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

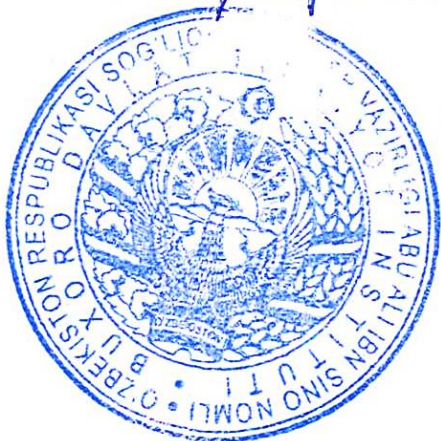
Диссертациянинг автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) илмий кенгашнинг веб-саҳифаси (www.buhmi.uz) ва “ZiyoNet” (www.ziyo.net.uz) ахборот-таълим порталига жойланган.

Илмий раҳбар	Сафоев Бақодир Барноевич тиббиёт фанлари доктори, профессор
Расмий оппонентлар	Гулямов Олимжон Мирзахитович тиббиёт фанлар доктори Тешаев Октябрь Рухиллаевич тиббиёт фанлари доктори, профессор
Етакчи ташкилот	Тожикистон давлат тиббиёт университети (Тожикистон Республикаси)

Диссертация ҳимояси 2022-йил 24 феврал соат 12³⁰ да, Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти ҳузуридаги DSc./PhD04/30.12.2019Tib.93.01 Илмий Кенгаш мажлисида бўлиб ўтди (Манзил: 200100, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш., Навоий кўчаси, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru).

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институтининг ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (01 рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 200100, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш., Навоий кўчаси, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Диссертация автореферати « 10 » феврал _____ 2022 йил тарқатилди.
(2022 « 10 » феврал _____ даги _____ рақамли реестр баённомаси).



А.Ш. Иноятов

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

Д.Н. Ачилова

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш илмий котиби, PhD, доцент

Н.А. Нуралиев

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш қошидаги илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори, профессор

КИРИШ (фан доктори (PhD) диссертациясининг аннотацияси)

Қўл панжасида ўткир йирингли яллиғланувчи касалликлар ҳам учраш частотаси, ҳам беморларни меҳнатга лаёқатиз қиладиган вақтнинг умумий миқдори бўйича етакчи ўринлардан бирини эгаллайди. Аксарият мамлакатларда йирингли-септик асоратларни камайтиришга йўналиш йўқ. Биринчи бор жарроҳлик ёрдамни сўраб мурожаат қилган беморларда юмшоқ тўқималар ҳамда суякда барча йиринг жараёнлари орасида, қўл панжаси йирингли касалликларининг солиштирма вазни, Россия ва хорижлик муаллифларнинг замонавий маълумотларига кўра, 8 дан 30% гача ташкил этади. Қўлларда йирингли-яллиғланиш хасталиклари жиддий тиббий-ижтимоий муаммони ўзида намоён этади. Мазкур мавзунинг долзарблиги “меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида касалланишлар сонининг юқорилиги, функционал фаол бўлган ўнг қўлнинг кўпроқ шикастланиши, шунингдек стационаргача бўлган даволаш босқичида жарроҳлик ёрдами қониқарсиз ташкил қилинганлиги”¹ билан боғлиқ.

Бутун дунёда йирингли жарроҳлик касалликларини даволаниши, қўл панжасида касалликнинг оғир кечиши нафақат унинг анатомик тузилмаларини ўзига хос хусусиятлари, балки, даволашнинг ўзига хосликларини аниқловчи ягона ташкилий ҳаракатларнинг йўқлиги билан боғлиқлигини кўрсатади, бу эса кўпинча тузалиш муддатларининг узайиши ва катта молиявий харажатларга олиб келади. Қўл панжаси ва бармоқларда йирингли касалликларнинг салбий оқибатлари мураккаб ижтимоий муаммоларни, шу жумладан беморларнинг ишга жойлашиши, моддий таъминоти, шунингдек уларнинг руҳий ҳолати билан боғлиқ муаммоларни келтириб чиқаради. Қўл панжасида йирингли жарроҳлик касалликларини даволаш учун турли маҳаллий препаратлар ва жисмоний усулларнинг энг самарали мажмуавий таъсири ҳам кутилган натижа бермайди, шунинг учун панжада йирингли касалликларни диметилсульфоксиднинг 25% ли

¹ Колодкин Б.Б. Лечебно-диагностический алгоритм в хирургии гнойных заболеваний кисти и пальцев: Автореф. дис... канд.мед.наук.- М., 2019.- 24 с.

эритмасидан фойдаланиб, абактериал мухит қўллаш йўли билан даволаш усулини ишлаб чиқиш, панжа ва бармоқларда йирингли касалликлари бўлган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш натижаларини яхшилаш мақсадида уларнинг самарадорлигини ўрганиш, ушбу усулнинг клиник амалиётга тадбиқ этилиши энг долзарб масалалардан бири ҳисобланиб, у касаллик оқибатларини яхшилаш имконини беради.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббиёт тизимини дунё стандартлари талабларига мослаштириш ҳамда бармоқлар ва панжада йирингли-жарроҳлик касалликларини олдини олиш мақсадида Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018-йил 7-декабрдаги “Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида”ги фармони билан “...мамлакатда тиббий ёрдамнинг самарадорлиги, сифати ва оммабоплигини ошириш, шунингдек тиббий стандартлаштириш тизимини яратиш, диагностика ва даволашнинг юқори технологияли усулларини жорий этиш...” белгиланди².

Ушбу диссертация иши маълум даражада, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017-йил 16-мартдан “Шошилич тиббий ёрдамни янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-4985 сон Фармони, Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017-йил 20-июндан “Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017 — 2021-йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-3071-сон қарори, шунингдек мазкур соҳада қабул қилинган бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда тасдиқланган вазифаларнинг бажарилишига хизмат қилади.

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Ушбу диссертация тадқиқоти республика фан ва технологиялари ривожланишининг VI. “Тиббиёт ва фармакология” устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

² Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Замонавий жарроҳлик амалиётида панжанинг ўткир йирингли-яллиғланиш касалликлари ҳам учраш частотаси, ҳам беморларни меҳнатга лаёқатиз қилиш вақтининг умумий миқдори бўйича етакчи ўринлардан бирини эгаллайди (Петрушин А.Л. 2011; Рутенбург Д.Г.2014; Kennedy С.Д. 2017).

Биринчи бор жарроҳлик ёрдами сўраб мурожаат қилган беморларда юмшоқ тўқималар ҳамда суякда барча йиринг жараёнлари орасида, қўл панжаси йирингли касалликларининг солиштирма вазни, Россия ва хорижлик муаллифларнинг замонавий маълумотларига кўра, 8 дан 30% гача ташкил этади (Menendez ME, Ring D.2016). Қўлларда йирингли-яллиғланиш хасталиклари жиддий тиббий-ижтимоий муаммони ўзида намоён этади. Мазкур мавзунинг долзарблиги меҳнатга лаёқатли аҳоли орасида касалланишлар сонининг юқорилиги, функционал фаол бўлган ўнг қўлнинг кўпроқ шикастланиши, шунингдек стационаргача бўлган даволаш босқичида жарроҳлик ёрдами қониқарсиз ташкил қилинганлиги билан боғлиқ (Охунов А.О. 2018).

Статистика маълумотлар шуни кўрсатадики, кўпинча касаллик энг меҳнатга лаёқатли ёшда, 20 ёшдан 50 ёш оралиғида учрайди. Кузатилган бу тенденция фақат Россия ва Ўзбекистонда сақланмасдан, бутун жаҳон ҳамжамияти учун хос. Полша ва Германияда (Мюнстер университети) ўтказилган эпидемиологик тадқиқотларнинг натижалари панжада йирингли касалликлар ривожланиш частотасининг ўсишини тасдиқлади (Крайнюков П.Е. 2018).

Турли муаллифларнинг катта статистик материаллари, айнан майда шикастланишлар жароҳатланган инсонларда хушёрлик чақирмаган деган хулосага келиш имконини беради: яраларга ишлов берилмаган, беморлар тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилмаган. Тор яра канали тез ёпилган, бу яранинг дренаж функциясини бузган. Панжанинг юмшоқ тўқималари уколдан кўра катта яра нуқсони билан шикастланиши камдан-кам ҳолатларда флегмон ёки панарициялар билан оғирлашади. Бунга тиббий ёрдамнинг ўз

вақтида кўрсатилиши, ярада етарлича дренаж функциясини амалга ошириш учун шароит мавжудлиги ва бошқалар кўмаклашади (Бабаджанов Б.Д., 2018). Қўлларда йирингли-яллиғланиш шикастланишлари вужудга келишининг сабаби, аксарият ҳолатларда, йиринглатувчи инфекцияларнинг тушиши учун дарвоза ҳисобланган бирламчи яралар бўлди – 449 та (68%) ҳолат. Улардан 124 нафар (18,8%) бемор турли яраларга, 104 нафари (15,8%) – қопилган, 81 таси (12,3%) – тешилган, 68 нафари (10,3%) – лат ейиш ва инфекцияли (шу жумладан, нотиббий наркотик воситаларини инекцияларидан кейин вужудга келган), 3 нафари (0,3%) – куйган, 1 нафари (0,2%) – чопилган ярага эга бўлди.

Инфекция яралари вужудга келишига олиб келган иккита камдан-кам ҳолат ўзига эътиборни тортди: денгиз типратиканининг санчиши ва тиббиёт зулукларини бармоқлар соҳасига жойлаштириш билан даволашдан юзага келган яралар. 6 та (0,9%) ҳолатда кенг йирингли яллиғланиш абсессланувчи фурункуланнинг жадаллашишини натижаси бўлди. 205 та (31%) ҳолатда касалликнинг вужудга келишида бирламчи сабаб аниқланмай қолди. Ушбу гуруҳда қатор беморларда инфекция учун йўл вазифасини бажарган, қўлларнинг сезилмас микрожароҳатлари мавжудлигини тахмин қилиш мумкин. Микроорганизмларнинг инфекциянинг сурункали ўчоқларидан гематоген йўллари ҳам истисно қилинмади. Шундай қилиб, қўлларда ўткир йирингли-яллиғланиш касалликлари юзага келишини олдини олишда тери қопламаларининг бутунлигини сақлаш, касбий ва маиший жароҳатларнинг олдини олиш муҳим жиҳатлар эканлиги белгиланди (Рутенбург Д. Г. ва ҳаммаул., 2011).

Ўзбекистонда панжа ва бармоқларнинг йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларга жарроҳлик ёрдамни тизимли ташкил қилиш, диагностикани такомиллаштириш, яра инфекциясини даволаш ва унинг олдини олиш бўйича қатор тадбирлар амалга оширилди (Охунов А.О., 2015).

Сўнги йилларда олиб борилган тадқиқотнинг таҳлилидан кўриниб турибдики, панжа ва бармоқларда йирингли жарроҳлик касалликларини даволашнинг содда ва самарали усулларини қидириш ишлари давом этмоқда ва энг яхши натижаларни диметилсульфоксиднинг 25% эритмасидан фойдаланиб, абактериал муҳит қўллаб олиш мумкин. Бироқ, ҳозирги кунда бундай усулдан фойдаланилмаяпти ва панжа ва бармоқларнинг йирингли жарроҳлик касалликларини маҳаллий даволашда унинг самарадорлик масаласи ўрганилмаган.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим yoki ilmiy-tadqiqot муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.

Диссертация иши Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишларига мувофиқ **02.2018.PhD.013** “Бухоро ҳудуди иссиқ иқлими шароитида организмнинг патология олди ва патологик ҳолатларини эрта ташхислаш, даволаш ва профилактикасига янгича ёндашувларни ишлаб чиқиш” мавзуси доирасида бажарилган (2017-2021 йй).

Тадқиқотнинг мақсади: амбулатор шароитларда абактериал муҳитни қўллаш йўли билан йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморларни даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқотнинг вазифалари:

амбулатор шароитда панжанинг йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморларни анъанавий даволаш усулини қўллаш самарадорлигини ўрганиш;

амбулатор шароитда панжанинг йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморларни даволашда абактериал муҳитдан фойдаланиш самарадорлигини ўрганиш;

панжанинг йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморларни даволашда анъанавий усул ҳамда диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал муҳит қўллаб олиб бориладиган усул натижаларини қиёсий таҳлил қилиш;

амбулатор шароитда панжанинг йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморларни абактериал муҳит қўллаган ҳолда даволашнинг оптимал усулини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмаси оилавий поликлиникасида 2016-2020-йиллар даврида даволанишда бўлган, панжанинг ўткир йирингли жарроҳлик касалликларига эга 148 нафар бемор бўлди.

Тадқиқотнинг предмети панжанинг йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларда йирингли яраларни абактериал муҳитдан фойдаланиб даволашнинг маҳаллий усулини ишлаб чиқиш, микроорганизмларнинг турли штаммлари ҳисобланади. Клиник материални олиш усули сифатида биопсия интраоперация материали, шунингдек яра изларидан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг усуллари. Диссертация тадқиқотини олиб бориш ва қўйилган вазифаларни ечиш учун: интоксикация кўрсаткичлари, яра жараёнларининг динамикаси, биокимёвий кўрсаткичлар динамикаси ва яраларнинг битиш тезлигини баҳолаш, бактериологик, цитологик ва статистика тадқиқотларидан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги:

клиник тадқиқотлар билан амбулатор шароитда панжанинг йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморларни даволашда абактериал муҳитни қўллаш самарадорлиги аниқланди;

клиник тадқиқотлар асосида панжасида йирингли-некротик касалликлари бўлган беморларни даволаш комплексида абактериал муҳитни маҳаллий қўллаш самарадорлиги ўрганилган;

абактериал муҳит кўпроқ ярани тозаланишига таъсир қилиши ҳамда репаратив жараённи яхшилаши, бу билан панжасида йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларни даволаш муддатларини 2-3 кунга қисқартириши кўрсатилган;

панжанинг йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморларни даволаш усули сифатида абактериал муҳитдан фойдаланишнинг оптимал схемаси ишлаб чиқилган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари:

абактериал муҳит панжанинг йирингли-жарроҳлик касалликларини даволашда ярага самарали таъсир қилувчи усули ҳисобланиши белгиланган;

диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси қўлланган абактериал муҳит панжанинг турли этиологияли йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморларни маҳаллий даволашда кўрсатилганлиги аниқланган;

амбулатор шароитда панжанинг йирингли-некротик касалликлари бўлган беморларни даволашнинг оптимал усули ишлаб чиқилган;

диметилсульфоксид эритмаси қўлланган абактериал муҳит яра жараёнлари фазасининг алмашиш муддатларини тезлашишига қўмаклашади ва бу билан панжанинг йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларни даволаш муддатларини 5-6 кунга қисқаришига олиб келади.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги. Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги замонавий, амалиётда кенг қўлланадиган клиник, лаборатор ва ускунавий тадқиқот усулларининг қўлланиши билан тасдиқланган. Олинган барча натижалар ва хулосалар далилий тиббиёт принципларига асосланган. Олинган натижаларнинг статистик қайта ишланиши уларнинг ишончлилигини тасдиқлайди.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти олинган хулосалар ва таклифлар ўзининг назарий аҳамиятга эгаллиги билан аниқланади, улар панжанинг йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморларда яраларни маҳаллий даволашнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганишга ўзининг катта ҳиссасини қўшади. Биринчи бор панжанинг йирингли яралари бўлган беморларни даволаш учун диметилсульфоксид эритмаси қўлланадиган абактериал муҳитнинг самарадорлиги тажрибавий ва клиник тадқиқотлар билан аниқланган. Панжанинг йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларни комплекс даволашда диметилсульфоксид эритмаси билан абактериал муҳитни маҳаллий қўллашнинг самарадорлиги ўрганилган. Панжанинг йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларни даволашнинг усули сифатида

абактериал муҳитдан фойдаланишнинг оптимал схемаси ишлаб чиқилган. Мазкур тадқиқотнинг алоҳида натижалари дипломдан кейинги таълим факултетларининг курсантларини панжанинг йирингли касалликларини патогенези, клиникаси, диагностикаси ва маҳаллий даволанишига бағишланган мавзулар бўйича ўқитиш дастурларининг таркиби ва тузилишини такомиллаштириш имконини беради.

Тадқиқот ишининг амалий қиймати шундан иборатки, ярани инфекциядан тозалаш муддатларини тезлаштириш мақсадида, амбулатор шароитда панжанинг йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларни даволашнинг оптимал схемаси ишлаб чиқилган. Диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал муҳитни қўлланиши яра жараёнларининг фазалари алмашишини тезлаштиради ва бу билан панжанинг йирингли яралари бўлган беморларни даволаш муддатларини қисқаришига олиб келади.

Тадқиқот натижаларининг тадбиқ этилиши. Панжанинг йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларни даволаш натижаларини панжанинг йирингли жарроҳлик касалликларини даволашда абактериал муҳитдан фойдаланиш йўли билан яхшилаш бўйича тадқиқот натижалари асосида:

“Панжанинг йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларда яраларни даволаш усуллари” мавзусида услубий тавсия тасдиқланган (ЎзР ССВ илмий-тадқиқот ишларининг натижаларини амалиётга тадбиқ этиш бўйича – 2021-йил 4-октябрдан 8 н-р/1042-сон хулосаси). Ушбу услубий тавсия панжанинг йирингли жарроҳлик касали бўлган беморларда абактериал муҳитни қўллашда асоратларнинг олдини олиш имконини беради;

“Панарициянинг турли шаклларига эга беморларни даволаш усули” мавзусида услубий тавсия тасдиқланган (ЎзР ССВ илмий-тадқиқот ишларининг натижаларини амалиётга тадбиқ этиш бўйича – 2021-йил 4-октябрдан 8 н-р/1043-сон хулосаси). Ушбу услубий тавсия панжанинг

йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларда яраларни битиш динамикасини баҳолаш имконини беради;

Даволаш ва диагностика натижаларини яхшилаш бўйича олинган тадқиқот маълумотлари амалий соғлиқни сақлаш тизимига, шу жумладан Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмаси, Бухоро туман тиббиёт бирлашмаси, Когон туман тиббиёт бирлашмаси ва Гиждувон туман тиббиёт бирлашмасининг амалий-даволаш ва даволаш фаолиятига тадбиқ этилган (Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг 2021-йил 4-майдан -сон хулосаси). Амалиётда тажрибавий ва клиник тадқиқотлар билан панжанинг турли этиологияли йирингли жарроҳлик касалликларидан сўнг диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал муҳитни қўллаш самарадорлигини аниқланган. Тадқиқот натижасида панжанинг йирингли-некротик касалликлари бўлган беморларни даволаш ҳамда диметилсульфоксид эритмаси билан абактериал муҳитни қўллашнинг оптимал усули ишлаб чиқилган, у яра жараёнлари фазасининг алмашиши тезлашишига кўмаклашади ва бу билан панжанинг йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларни даволаниш муддатини 3 суткагача қисқаришига олиб келади.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Ушбу тадқиқот натижалари 0 халқаро ва 1 та республика илмий-амалий конференция ва съездида тақдим қилинган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзусида жами 6 та илмий иш чоп этилган, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларида 4 та журнал мақола, жумладан, 2 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертация ишининг тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш, бешта боб, хотима, хулосалар, амалий тавсиялар ва фойдаланилган

адабиётлар рўйхати ва иловалардан ташкил топган. Диссертация ишининг хажми 100 бетни ташкил этади.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурияти, унинг мақсади ва вазифалари асосланади, объекти ва предмети тавсифланади. Тадқиқотнинг республика илм ва технологиялар ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари таърифланади, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти ёритилади. Тадқиқот натижаларини соғлиқни сақлаш амалиётига тадбиқ этилиши бўйича маълумотлар келтирилган, эълон қилинган ишлар ва диссертациянинг тузилиши бўйича маълумотлар тақдим қилинган.

Диссертациянинг биринчи **“Адабиётлар шарҳи”** бобида замонавий адабиётларнинг таҳлили келтирилган, шу жумладан панжанинг йирингли жарроҳлик касалликларида йирингли-яллиғланиш жараёнлари, яранинг битиши ва ундаги жараёнларга таъсир қилиш усулларига замонавий қарашлар берилган. Яраларни даволашда абактериал муҳит ҳамда диметилсульфоксид кимёвий препаратнинг ўрни муҳокама қилинган.

Диссертациянинг иккинчи **“Тадқиқот ва даволаш материаллари, усуллари”** бобида беморларга клиник тавсиф берилган ва беморларни даволашда қўлланадиган восита ва усуллар, клиник-лаборатор ва ускунавий тадқиқот усуллари таърифланган.

2016-2020-йилларда Бухоро шаҳар тиббиёт бирлашмасининг оилавий поликлиникасида амбулатор даволашда бўлган, панжанинг турли этиологияли йирингли жарроҳлик касалликларига эга 148 нафар беморни текшириш ва даволаш маълумотлари таҳлил қилинган.

Барча беморлар даволаш усулига боғлиқ равишда 2 гуруҳга бўлинди: I- гуруҳ – таққослаш гуруҳи ва II – асосий гуруҳ. I- таққослаш гуруҳидаги беморларда яралар водород пероксидининг 3% ли, фурацилиннинг 0,02% ли эритмаси ва некрэктомия билан санациядан сўнг маҳаллий даволаш учун

диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан қайта ишлаб, сувда эрувчан левомекол мазидан марли боғлам қўйилди. Ярадан ажралган микрофлоранинг таъсирчанлигини эътиборга олиб тизимли антибиотик терапия, дезинтоксикация терапияси, шунингдек белгиларга қарши даволаш олиб борилди. Асосий, II-гуруҳ беморларида, ўз навбатида, тадқиқотнинг вазифаларига мувофиқ равишда қўшимча тарзда, суткасига 2 маҳал, 8 соат оралиғида йиринг ўчоғига абактериал муҳит қўлланди.

Таққослаш гуруҳидаги беморларга яралар антисептиклар – водород пероксидининг 3% ли, фурацилиннинг 0,02% ли эритмаси ва некрэктомия билан санация қилинганидан сўнг маҳаллий даволаш учун сувда эрувчан левомекол мази билан марли боғлам қўйилди. Ярадан ажралган микрофлоранинг таъсирчанлигини эътиборга олиб, тизимли антибиотик терапия, шунингдек белгиларга қарши даволаш олиб борилди.

II-гуруҳда йиринг ўчоғи жарроҳлик йўли билан қайта ишлангандан сўнг, юқорида келтирилган анъанавий даволаш усулига қўшимча тарзда диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал муҳит қўлланди.

Диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал муҳитни қўллаш усули: абактерия муҳити стерил резина жарроҳлик қўлқопидан фойдаланиб тайёрланди, бунда қўлқопнинг ўлчами бемор панжасидан 2 рақамга катта қилиб олинди. Қўлқопнинг ичи бармоқларнинг юқори чегарасигача диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан тўлдирилди, кейинчалик унга беморнинг шикастланган панжаси киритилди. Қўлқопнинг юқори қисми биланнинг пастки қисмига маҳкамловчи материал ёрдамида герметик зич боғланди.

Яра жараёнларини умумий ва маҳаллий белгиларининг динамикаси интоксикация кўрсаткичлари, биокимёвий кўрсаткичлар динамикаси ва яраларнинг битиш тезлиги, бактериологик ва цитологик тадқиқотлар билан баҳоланди.

Бактериологик тадқиқотлар ярадан ажралгани олиш, яра микрофлорасининг сифати ва миқдорини ҳамда унинг антибактериал

препаратларга таъсирчанлигини аниқлаш йўли билан олиб борилди. Анаэроб бактерияларни ажратиш олиш учун В. М. Кочеровэц таклиф қилган усулдан фойдаланилди. Микробиологик тадқиқотлар учун дастлабки материал сифатида йирингли яралардан экссудат хизмат қилди. Унинг бир қисми шу захоти уч таркибли газ: азот (80%), карбонат ангидрид ва (10%), водород (10%) аралашмасига эга, совун стерил транспорт флаконида инъекцияланди. Материалнинг бир қисми стандарт усул бўйича аэроблар мавжудлигига ўрганилди. Бундан ташқари, операция хонасининг ўзида экспресс – бактериоскопия учун Грамм бўйича бўялган мазок тайёрланди. Транспорт флакони бактериологик лабораторияга етказилди. Ультрабинафша нурлари билан анаэробларнинг флюоресцентловчи хоссалари ўрганилди ва улар шу ернинг ўзида экилди.

Тоза маданиятларни ажратиш ва натив материал анаэроб микрофлорасининг микдор тавсифи учун Т. С. Гоулд усули бўйича анаэроб гемагор солинган олдиндан редуцияланган (микроанаэроостатда камида 1 сутка ушланган) чашкаларга экилди.

Аэроб бактерияларнинг таъсирчанлиги зич озуқа муҳитида стандарт дисклардан диффузия усули билан, анаэроб микробларнинг таъсирчанлиги – агарда диффузия усули билан аниқланди.

Тситологик излар М. П. Покровский ва М. С. Макаров усули бўйича олинди. Некротик қатлам ва дори аралашмалари олинганидан кейин бир соҳадан 2 та из олинди. Жараённинг динамикаси тўғрисида аниқроқ тасаввурга эга бўлиш учун хужайра таркиби фоизда ифодаланди, препаратнинг турли соҳаларида 100 дан 300 тагача хужайралар ҳисобланди.

Барча беморларда, динамикада яра экссудатининг рН-метрияси ўтказилди.

Эндоген интоксикация даражаси 210 тўлқин узунлигида, спектрометрия билан ўрта молекуляр пептидлар (МСМ) даражаси бўйича баҳоланди.

Шунингдек диметилсульфоксиднинг микробиологик фаоллигини ўрганиш ҳамда унинг патоген микроорганизмларга нисбатан максимал

бактерицид таъсир қилувчи концентрациясини *in vitro* аниқлаш амалга оширилди.

Олинган натижаларнинг математик қайта ишланиши вариантли статистика усуллари билан олиб борилди. Вариантли статистика усули ёрдамида ўрта арифметик (M), унинг хатолиги ($\pm m$), 95% ишонч интервали ИИ, турли аҳамият даражасида Студент (t) мезони (P) аниқланди. $P < 0,05$ бўлганида натижалар ишончли деб ҳисобланди.

Диссертациянинг учинчи **“Юмшоқ тўқималарда йирингли касалликларни анъанавий даволаш натижалари”** бобида панжа ва бармоқларда йирингли касалликлари бўлган беморларни анъанавий даволаш самарадорлиги баҳоланди.

1-гуруҳга панжа ва бармоқларнинг йирингли касалликларига эга 78 нафар бемор киритилди. Улардан 45 тасида (57,7%) бармоқларнинг турли этиологияли, йирингли яллиғланувчи жараёни кузатилди, 33 та (42,3%) беморда эса – панжанинг йирингли жарроҳлик касалликлари қайд этилди. Қабул қилинган пайтда барча беморларда яралар яра жараёнининг I-фазасида бўлди. Барча беморларга қабул қилинган куни йирингли ўчоқнинг очилиши амалга оширилди.

Қабул қилинган пайтда беморларнинг умумий ҳолати, аксарият ҳолатларда, ўрта оғирлик даражасида бўлди. Клиник-лаборатория маълумотларига кўра умумий интоксикация ҳолатлари устунлик қилди: тана ҳароратининг ошиши ёки турғун субфебрилитет, оқариш, кам ҳаракатчанлик, суст пулс фониди тахикардия, қонда ЭЧТ (эритроцитларнинг чўкиш тезлиги) нинг ортиши, лейкоцитоз ва формуланинг чапга силжиши. Умумий белгиларга параллел тарзда касалликнинг маҳаллий кўринишлари ифодаланди: яра соҳасида тўқималарнинг гиперемия, шиши ва инфилтрацияси. Палпация билан чуқур оғриқли инфилтрация кузатилди.

Барча беморларга қабул қилинган куни тезкор тартибда, мос келувчи олдиндан дори-дармонлар қўлланганидан сўнг йирингли ўчоқни очиш операцияси ўтказилди. Йирингли яраларни даволашнинг асосий

принциплари бажарилганидан ҳамда яра микрофлорасининг таъсирчанлигини эътиборга олиб тизимли антибиотик терапияси кўлланганидан сўнг, кунига 1 маҳал йирингли бўшлиқнинг антисептик, водород пероксидининг 3% эритмаси ва диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан антисептик марли боғлам остига левомекол мазини кўйиш билан санацияси олиб борилди. 60% дан зиёд жарроҳлик амалиётлари маҳаллий анестезия остида олиб борилди.

I A – кичик таққослаш гуруҳида бармоқларнинг йирингли касалликларига эга беморлар организмини интоксикация кўрсаткичларининг натижалари таҳлил қилиниши қуйидаги ўзгаришларни аниқлади (1-жадвал). Жадвалдан кўриниб турибдики, биринчи даволаш куни беморларда тана ҳарорати ўртача $38,7 \pm 0,32$ °C ни ташкил этди. Қонда лейкоцитлар миқдори ўртача $9,8 \pm 0,35 \times 10^9$ /л га тенг бўлди. Ўрта молекулаларнинг ҳажми ўртача $0,208 \pm 0,011$ бирликни ташкил этди. Шунга ўхшаш тарзда ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитар индекси) ва ЭЧТ (СОЭ) нинг ортиши кузатилди.

Даволашнинг еттинчи суткасида бу рақамлар, гарчи янада камайиш тенденциясига эга бўлсада, бироқ меъёрдан юқориликча сақланди.

Кейинги даволаш ва кузатув давомида, ўнинчи суткада интоксикациянинг барча таҳлил қилинаётган кўрсаткичлари, қонда ЭЧТ дан ташқари, меъёр доирасида бўлди.

1- жадвал

I A – кичик таққослаш гуруҳида панжа бармоқларида йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморларда интоксикация кўрсаткичларининг динамикаси (n=45)

Кўрсаткичл	Кузатув вақти
------------	---------------

ар	Қабул қилинган кун	3-кун	5-кун	7-кун	9-10-кун
тана t ⁰	38,7±0,32	37,8±0,16*	37,3±0,22*	37,1±0,11	36,7±0,12*
конда L ×10 ⁹ /л	9,8±0,35	8,6±0,34*	7,8±0,27	6,2±0,31	6,0±0,28
МСМ бир	0,208±0,011	0,175±0,007**	0,161±0,008	0,128±0,007**	0,103±0,005***
ИЛИ бир	2,3±0,08	1,85±0,08*	1,8±0,06	1,5±0,07	1,1±0,06***
ЭЧТ мм/соат	45,4±1,77	36,3±1,48*	31,2±1,34*	26,5±1,12***	14,3±0,68***

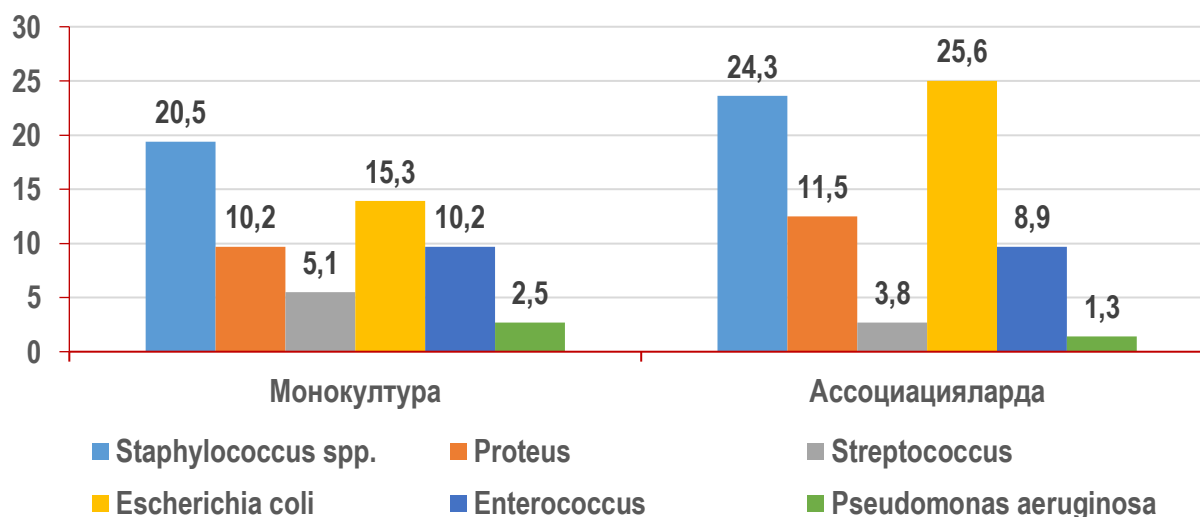
Эслатма: * - олдинги суткаларда олинган маълумотларга нисбатан фарқлар (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001) да аҳамиятли

Беморларда яра жараёни динамикасини баҳолашнинг навбатдаги мезонлари, яра муҳитида рН, яра юзасининг камайиш фоизи ва М.Ф.Мазурик бўйича ПК кўрсаткичлари бўлди. Таҳлил қилинаётган гуруҳдаги беморларда мурожаат қилинган биринчи кун яра муҳитида рН нинг дастлабки даражаси ишончли анча паст бўлиб (ацидоз), ўртача 4,5±0,17 ни ташкил қилди. Яра экссудатида оксил ўртача 58,9±1,59 г/л га тенг бўлди. Бунда ПК ўртача 0,9±0,04 бирликни ташкил қилди. Фақат даволашнинг ўнинчи суткасига келиб яра соҳасида рН нейтрал бўлди. Бир суткада яра юзасининг камайиши 3,4±0,21% га тенг бўлди. Ярадан экссудат ажралиши тўхтади, бу, фикримизча, яра жараёнининг 1-фазадан 2-фазага ўтиши билан боғлиқ.

Яра жараёнини баҳолашда ўзига хос мезонлардан бири микробларнинг уруғланиш даражасини аниқлаш, микрофлоранинг тур таркиби ҳамда яранинг тозаланиш муддатларини қайд этиш бўлди. 1-таққослаш гуруҳида бармоқларининг йирингли касалликларига эга беморларнинг инфекцияланган яраларини экссудатидан олинган микрофлоранинг тур таркибини аниқлаш натижалари 1-расмда келтирилган.

Аксарият ҳолатларда, 33 нафар беморда *Staphylococcus spp.* кузатилди, уларда 16 нафарида (20,5%) у монокултура кўринишида ҳамда 19 (24,3%)

нафарида ассоциация кўринишида бўлди. 29 та кузатувда *Escherichia coli* соли аниқланди, у 12 та (15,3%) ҳолатда монокултура кўринишида ва 20 та (25,6%) ҳолатда микроб ассоциацияси кўринишида учради. Учраш частотаси бўйича навбатдаги ўринда *Proteus* кузатилди – 18 та кузатув, у 8 та ҳолатда (10,2%) монокултура кўринишида ва 9 та (11,5%) ҳолатда микроб ассоциацияларининг таркибида кузатилди. Кейинги ўринда *Enterococcus* аниқланди, у 15 та ҳолатда қайд этилди, у монокултура ва ассоциациялар кўринишида мос равишда 8 (10,2%) ҳолатда учради, *Streptococcus* 7 та ҳолатда қайд этилиб, 4 ҳолатда (5,1%) – монокултура ва 3 ҳолатда (3,8%) ассоциацияда кузатилди. *Pseudomonas aeruginosa* 2 нафар (2,5%) беморда монокултура кўринишида, шунингдек 1 нафар (1,3%) беморда микроб ассоциацияси таркибида аниқланди.



1-расм. I-такқослаш гуруҳида йирингли касалликларга эга беморларнинг инфекцияланган яраларини экссудатидан олинган микрофлорани тур таркиби.

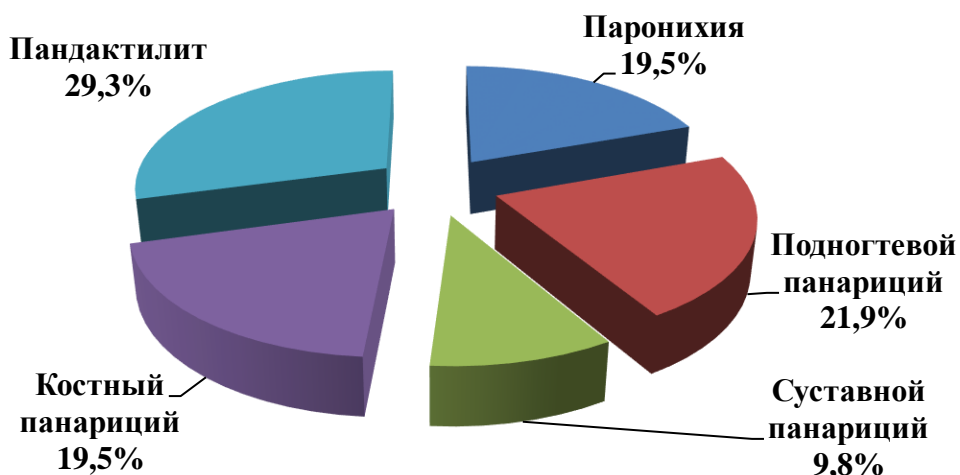
Ушбу кичик гуруҳ беморларида йирингли яраларнинг микробга эгалик даражаси динамик назорат қилиниши қуйидагиларни аниқлади: қабул қилинган пайтда микроб уруғланиши, ўртача, 10^8 мт/г га тенг бўлди, яра жарроҳлик йўли билан қайта ишланганидан кейинги суткада мазли боғлам қўйилганида унинг қиймати 10^5 мт/г ни ташкил этди. Комплекс даволашнинг

4-суткасида, бу беморларда микроб уруғланишининг даражаси кескинлик чегарасидан паст бўлиб, тўқиманинг 10^2 мт/г қисмини ташкил этди.

Диссертация ишининг тўртинчи “**Панжада йирингли касалликларни даволашда диметилсульфоксиднинг 25% эирмаси билан абактериал мухитни маҳаллий қўллаш самарадорлиги**” бобида панжада йирингли жарроҳлик касалликларида ҳамда панарициянинг турли шаклларида йирингли яраларни комплекс даволаш учун диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал мухит қўллаш самарадорлигини баҳолаш натижалари тақдим этилган.

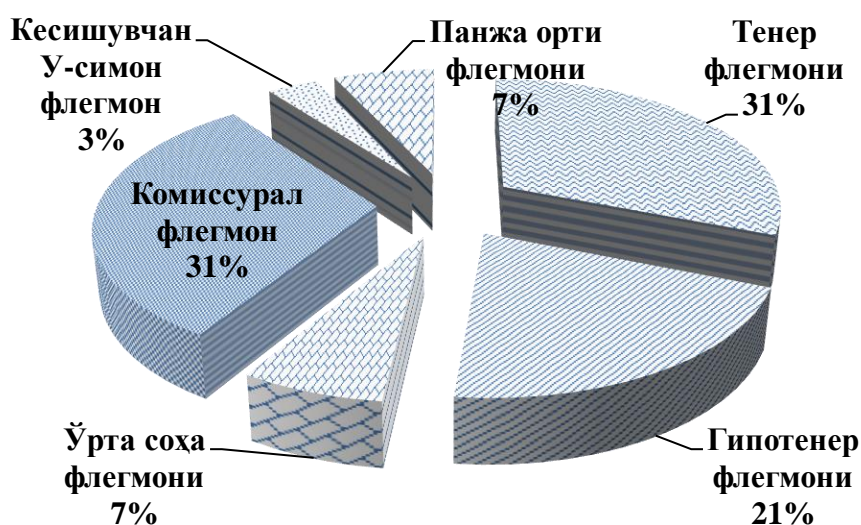
Бармоқларнинг турли йирингли ва яллиғланган жарроҳлик касалликларига эга 41 нафар (58,6%) беморда (II А кичик гуруҳ) диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал мухит қўллаш самарадорлиги ўрганилган. Қуйида мазкур кичик гуруҳ беморларидан олинган таҳлилларни алоҳида келтираамиз.

Айтиб ўтилганидек, II А кичик гуруҳида 41 нафар бемордан 8 нафариди (19,5%) йирингли яралар паронихия кўринишида, 9 нафариди (21,9%) тирноқ остида, 4 нафариди (9,8%) бўғимли, 8 нафариди (19,5%) суяк панарицияси ҳамда 12 нафариди (29,3%) пандактилит кўринишида кузатилди. 29 нафар (41,4%) беморда (2-расм).



2- расм. II А кичик гуруҳ беморларининг панжа бармоқларида йирингли жарроҳлик касалликларининг турлари (n=41)

II Б кичик гуруҳда панжанинг йирингли касалликлари турли этиологик омиллардан сўнг тенер флегмони кўринишида 9 нафар (31,1%) беморда, гипотенер флегмони кўришида 6 та (20,7%) ҳолат, ўрта кафт соҳаси (апоневротик) флегмон кўринишида 2 нафар (6,9%), шунингдек комиссурал флегмон (кавариқ абсцесс) кўринишида 9 нафар (31,1%) беморда, кесишувчан (У-симон флегмон, панжа ортининг флегмони (апоневротик)) кўринишида 1 нафар (3,4%) беморда, панжа ортининг фурункуласи кўринишида 2 (6,7%) нафар беморда аниқланди (3-расм). Қабул қилинганда барча беморларда яралар яра жараёнининг I-фазасида бўлди.



3- расм. II Б кичик гуруҳ беморларида панжа йирингли жарроҳлик касалликларининг турлари (n=29)

Қабул қилинган пайтда беморларда клиник-лаборатория маълумотларига кўра умумий интоксикация кўрсаткичлари устунлик қилди: тана ҳароратининг сезиларли кўтарилиши ёки давомий субфебрилитет, тери қопламаларининг оқариши, гиподинамия, сустлашган пулс фониди юрак уриш частотасининг ортиши, қонда СОЭ кўрсаткичларининг ортиши,

лейкоцитлар миқдорининг, формулани чапга силжиши билан ортиши. Умумий белгиларга параллел тарзда касалликнинг маҳаллий белгилари ифодаланди: яра соҳасида тўқималарнинг гиперемия, шиши ва инфилтрацияси. Маҳаллий белгилардан 82,1% ҳолатда терининг мўтадил ёки ифодаланган гиперемияси ва тўқималарнинг шиши кузатилди. Даволаш жараёнида, яраларнинг битиб бориши билан, бу кўрсаткичлар тобора меъёрлашди.

Панжа ва бармоқларнинг йирингли касалликларига эга барча беморларга қабул қилинган куни, тезкор тартибда йиринг ўчоғини очиш операцияси ҳамда йирингли бўшлиқни антисептик, водород пероксидининг 3% эритмаси билан санацияси бажарилди, қуритилгандан кейин диметилсульфоксиднинг 25% кимёвий эритмаси билан санация олиб борилди, шундан сўнг левомекол мази ва диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан антисептик марли боғлам қўйилди. 80% дан ортиқ операциялар маҳаллий оғриқсизлантириш остида ўтказилди. Маҳаллий даволаш сифатида қўшимчасига суткасига 2 маҳал, 8 соат оралиғида диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал муҳит қўлланди.

Қабул қилинган пайтда беморларнинг умумий ҳолати ўрта оғирлик даражасида бўлди. Беморлар умумий бетоблик ва ҳолсизлик, йирингли яра соҳасида оғриқли ҳислар, уйқусизлик ҳамда иштаҳа йўқолишига шикоят қилишди.

Касалликнинг муддати таҳлил қилинганида, аксарият беморлар (90% дан ортиқ) касаллик бошланганидан кейин икки суткадан беш суткагача оралиқда қабул қилинганлиги маълум бўлди.

Паранацияларнинг турли шакллари комплекс даволашда абактериал муҳитни қўллаш самарадорлиги. Бармоқларининг йирингли касалликларига эга беморларда диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал муҳит қўллаб комплекс даволаш фонида 3-суткага келиб яра муҳитида рН $4,3 \pm 0,28$ ни ташкил қилди, яъни, нейтрал томонга силжиш кузатилди. Яра юзасининг суткасига ўртача $1,4 \pm 0,07\%$ га камайиши қайд

этилди. Яра экссудатида оксил миқдори ўртача $55,7 \pm 1,16$ г/л гача камайди. ПК нинг қайта ҳисобланиши, унинг ўртача $1,0 \pm 0,06$ бирликкача ўсишини аниқлади. Даволашнинг 5-суткасига келиб яра муҳитида рН нейтрал муҳитга яқин келди ($5,1 \pm 0,32$). Яра юзаси камайишининг суткалик фоизи ўртача $1,9 \pm 0,06$ % ни ташкил қилди. Яра экссудатининг оксили ўртача $52,5 \pm 2,33$ г/л гача пасайди. Бунда М.Ф.Мазурик бўйича ПК $1,3 \pm 0,07$ бирликка тенг бўлди. Даволашнинг 7-суткасида яра муҳитида рН нейтрал қийматларга яқин силжиб, $6,4 \pm 0,22^*$ ни ташкил этди. Яра юзасининг камайиши ўртача $2,9 \pm 0,23$ % га етди. ОК $1,5 \pm 0,08$ бирликка тенг бўлди. Даволашнинг 9-10-суткасига келиб яра муҳитида рН турғун нейтрал қийматга эга бўлди. Яра юзасининг камайиши ўртача $3,1 \pm 0,12$ % гача етди.

Мазкур кичик гуруҳда яраларнинг бактериологик тадқиқоти 18 (43,9%) кузатувда *Staphylococcus spp.* мавжудлигини, улардан 8 таси (19,5%) монокултура кўринишида ва 10 таси (24,3%) – ассоциациялар кўринишида; *Escherichia coli* – 11 та (26,8%) кузатувда аниқланганлиги, улардан 4 таси (9,7%) монокултура кўринишида ва 7 таси (17,1%) – ассоциациялар кўринишида; *Proteus* – 9 (21,9%) кузатувда аниқланганини, улардан 4 таси (9,7%) монокултура кўринишида ва 5 таси (12,1%) ассоциациялар кўринишида; *Streptococcus* – 8 (19,5%) ҳолатда аниқланганлиги, улардан 3 таси (7,3%) монокултура кўринишида ва 5 таси (12,1%) – ассоциациялар кўринишида, *Pseudomonas aeruginosa* 3 (7,3%) ҳолатда кузатилганлиги, улардан 2 таси (4,8%) монокултура кўринишида ва 1 таси (2,4%) – ассоциациялар кўринишида бўлганлигини аниқлади. Шундай қилиб, 75% ҳолатда микрофлора микроб ассоциацияси кўринишида қайд этилди.

Таҳлил қилинаётган кичик гуруҳда йирингли яраларда микроблар уруғланиш даражасининг динамик назорати қуйидагиларни аниқлади: қабул қилинган пайтда ярада микроблар уруғланиши биринчи гуруҳ билан мос бўлиб, 108 мт/г ни ташкил этди, яра жарроҳлик йўли билан қайта ишланиб, диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал муҳит маҳаллий қўлланганидан сўнг у 4 марта камайди, ушбу даволаш усули жараёнида

унинг янада камайиши кузатилди ва даволашнинг 2-3 суткасига келиб, бу беморларнинг яраларида микробларнинг уруғланши кескинлик чегараси даражасида ва ундан паст бўлиб, бунда тўқиманинг 10^3 мт/г – 10^2 мт/г қисмини ташкил қилди.

Панжанинг йирингли касалликлари бўлган беморларни комплекс даволашда яраларга диметилсульфоксиднинг 25% эритмасини қўлланиши яраларнинг инфекциядан даволашнинг 3-суткасида тўлиқ халос бўлишига олиб келди. 2-суткада яра атрофида инфилтратнинг фаол сўрилиши кузатилди. Донадорликнинг пайдо бўла бошлаши даволашнинг 5-суткасида, эпителизация эса 6-суткасида қайд этилди.

Ушбу кўрсаткичларнинг II А кичик гуруҳ беморларида даволаш натижалари билан қиёсий таҳлили, I А кичик гуруҳ беморларига қараганда, яранинг тозаланиш ва битиш муддатларининг 3-4 кунга ишончли камайишини кўрсатди.

I А ва II А кичик гуруҳларда бармоқларнинг йирингли касалликларига эга беморларда биокимёвий кўрсаткичлар ҳамда яранинг тозаланиш ва битиш тезлигининг динамикаси қиёсий таҳлил қилинганида қуйидагилар аниқланди: бармоқларнинг йирингли жарроҳлик касалликларини комплекс даволашда ишлаб чиқилган схема бўйича абактериал муҳит қўллаган ҳолда даволаш самарали усул ҳисобланади. II А кичик гуруҳ беморларининг амбулатор даволанишининг ўртача давомийлиги $5,5 \pm 0,7$ кунни ташкил қилди, бу назорат гуруҳидан 2,5-3 суткага камроқ.

I-таққослаш гуруҳи ва II А кичик гуруҳ беморларида биокимёвий кўрсаткичлар ва яранинг битиш тезлигини динамикаси қиёсий таҳлил қилинганида, бармоқларнинг йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларда II А кичик гуруҳ беморларини яра муҳитида рН нинг тез меъёрлашуви кузатилиши аниқланди. Шундай қилиб I-таққослаш гуруҳини беморларида яра муҳитида рН фақат даволашнинг 10-суткасига келиб нейтраллашди, II А-кичик гуруҳ беморларида эса даволашнинг 7-суткасида. II А кичик гуруҳ беморларида даволашнинг 6-суткасида цитограммаларнинг

кўпроқ регенератор тури қайд этилди, бу вақтда I-таққослаш гуруҳида бу муддатда цитологик суръат асосан яллиғланувчи ва яллиғланувчи-регенератор характерга эга бўлди. II А кичик гуруҳда бармоқларнинг йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморларни комплекс даволашда диметилсульфоксиднинг 25% ли эритмаси билан маҳаллий абактериал муҳитнинг қўлланиши даволашнинг 3-суткасига келиб яранинг инфекциядан бутунлай тозаланишига олиб келди. 2-суткада уларнинг яралари атрофида инфилтратнинг фаол сўрилиши кузатилди. Донадорликнинг пайдо бўлиши даволашнинг 5-суткасида аниқланди, эпителизация эса – 6-суткада. II А кичик гуруҳда муддатлар бўйича ишончли илдамлаш 3-4 суткага етди.

Шундай қилиб, олинган натижалар шуни кўрсатдики, бармоқларнинг йирингли жарроҳлик касалликларини комплекс даволашга диметилсульфоксиднинг 25% ли эритмасини қўллаб абактериал муҳитнинг маҳаллий қўлланишини кўшилиши яраларни тозаланиш муддатларининг қисқариши, яра экссудатида биокимёвий ва цитологик кўрсаткичларнинг яхшиланишига олиб келади, бу билан яллиғланиш босқичининг регенерация босқичига ўтишини $1,5 \pm 2,0$ кунга тезлаштирди, бу эса беморларни даволаш муддатларининг таққослаш гуруҳидаги беморлардаги ўхшаш маълумотлар билан таққослаганда $3,2 \pm 0,3$ кунга қисқаришига шароит яратди.

Панжанинг йирингли касалликларини комплекс даволашда абактериал муҳитни қўллаш самарадорлиги. Панжасида йирингли касалликларга эга беморларни даволаш натижаларининг юқори самарадорлигига эришиш учун диметилсульфоксиднинг 25% эритмасидан фойдаланиб абактериал муҳитни қўллашга қарор қилинди.

Юқорида айтилганидек, абактериал муҳит йирингли яраларни даволашнинг асосий принциплари амалга оширилганидан кейин қўлланди. Таҳлил қилинаётган II А ва II Б кичик гуруҳларда йирингли ўчоқни абактериал муҳитни амалга ошириш принципи ва усули бир хил бўлди.

Айтиб ўтиш жоизки, 90% дан ортиқ беморлар, олдинги кичик гуруҳдаги каби, касаллик ривожланиши бошланганидан кейин икки суткадан беш суткагача муддатда қабул қилинди.

II Б кичик гуруҳда беморлар организмида интоксикация даражасининг динамик назорати, таққослаш гуруҳидаги беморларга қараганда, кўрсаткичлар меъёрлашувининг сезиларли даражада тезлашганини кўрсатди. Қабул қилинган куни беморларнинг ўртача тана ҳарорати $38,9 \pm 0,08^{\circ}\text{C}$ бўлди, қонда МСМ, ўртача, $0,218 \pm 0,012$ бирликка, ИЛИ= $2,7 \pm 0,14$ ва ЭЧТ= $49,8 \pm 2,24$ га тенг бўлди. Даволашнинг учинчи суткасида интоксикация даражасида барча таҳлил қилинаётган кўрсаткичларнинг сезиларли даражада пасайиши қайд этилди, бунда тана ҳарорати, аксарият ҳолатларда, субфебрил ёки меъёрда бўлди. Даволашнинг 3-4 суткасида интоксикациянинг қолган кўрсаткичлари: МСМ, қонда Л, ИЛИ деярли меъёрий қийматларгача тушди, даволашнинг 5-суткасида барчаси, ЭЧТ дан ташқари, ишончли меъёрлашди. Диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал муҳитни қўллаб олиб борилган кейинги даволашда, 9-10-суткага келиб қонда ЭЧТ, шунингдек меъёрий кўрсаткичларга тенг бўлди.

Шундай қилиб, таққослаш гуруҳида панжанинг йирингли жарроҳлик касалликларига эга беморлар организмида интоксикация кўрсаткичлари, I Б кичик гуруҳ билан таққослаганда, II Б гуруҳда беморларнинг тана ҳарорати, қонда Л, ИЛИ ва МСМ даволашнинг 3-4 суткасида таққослаш гуруҳидаги 7-8 суткага мос бўлди, яъни диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан маҳаллий абактериал муҳит қўлланганида интоксикациянинг кўрсаткичлари, таққослаш гуруҳига қараганда, 3-4 кунга эрта регрессланди.

Яра муҳитида рН, яра юзасининг камайиш фоизи ва М. Ф. Мазурик бўйича оксил ПК кўрсаткичларининг динамик назорати қуйидагиларни кўрсатди; қабул қилинган кун яра муҳитида рН нинг дастлабки даражаси паст бўлди - $4,1 \pm 0,24$ (ацидоз). Яра экссудатида оксил ўртача $54,7 \pm 2,62$ г/л ни ташкил қилди. Бунда М.Ф.Мазурик бўйича ПК ўртача $0,9 \pm 0,04$ га тенг бўлди. Даволашнинг учинчи суткасида яра муҳитида рН $5,6 \pm 0,28$ гача қайта

тикланди, яра юзасини камайишининг суткалик фоизи $2,4 \pm 0,14\%$ га тенг бўлди, ярада экссудат оксили $43,6 \pm 2,28$ г/л, М.Ф.Мазурик бўйича ПК $1,4 \pm 0,07$ ни ташкил қилди.

Даволашнинг бешинчи суткасида бу кўрсаткичларнинг барчаси меъерий кийматлар доирасида бўлди. Шундай қилиб яра мухитида рН ўртача $6,7 \pm 0,34$ ни ташкил қилди, бир суткада яра юзасининг камайиш фоизи $3,2 \pm 0,16\%$ га тенг бўлди. М.Ф.Мазурик бўйича ПК $1,6 \pm 0,06$ га тенг бўлди.

6-7 суткага келиб яра мухитида рН ишончли нейтрал бўлди. Яра юзасининг суткалик камайиши $3,3 \pm 0,12\%$ ни ташкил қилди. Шунини айтиш жоизки, таққослаш гуруҳидаги беморларда яра жараёнларининг келтирилган кўрсаткичларнинг меъёрлашуви фақат даволашнинг 9-10 суткасига келиб кузатилди. Тадқиқотимиз шунини кўрсатадики, диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан маҳаллий абактериал мухитнинг қўлланишида, даволашнинг 5-6 суткасига келиб яра мухитида рН нинг барча кўрсаткичлари ва ярани битиш тезлиги меъёрлашди. Бизнинг фикримизча, бу, асосан, диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал мухитнинг маҳаллий қўлланишида комплекс даволашни ижобий самарадорлиги ўсиши билан боғлиқ.

Олдинги кичик гуруҳ беморларидаги каби, бу кичик гуруҳда, шунингдек аксарият ҳолатларда, *Staphylococcus spp.* – 12 нафар беморда аниқланди, улардан 5 нафарида (17,2%) монокултура кўринишида ва 7 нафарида (24,1%) ассоциацияларда, 9 кузатувда *Escherichia coli* кузатилиб, шундан 4 (13,7%) ҳолатда – монокултура ва 5 (17,2%) ҳолатда ассоциациялар кўринишида қайд этилди.

Учраш частотаси бўйича навбатдаги ўринларда *Proteus* ва *Pseudomonas aeruginosa* турди – 4 тадан ҳолатда, кейин *Streptococcus* аниқланди – 3 та кузатув, улардан 1 та (3,4%) ҳолатда монокултура кўринишида, 2 та (6,8%) ҳолатда ассоциациялар кўринишида кузатилди. *Enterococcus* 3 кузатувда аниқланди: 1 та (3,4%) ҳолат монокултура ва 2 та (6,8%) ҳолат – ассоциация кўринишида бўлди.

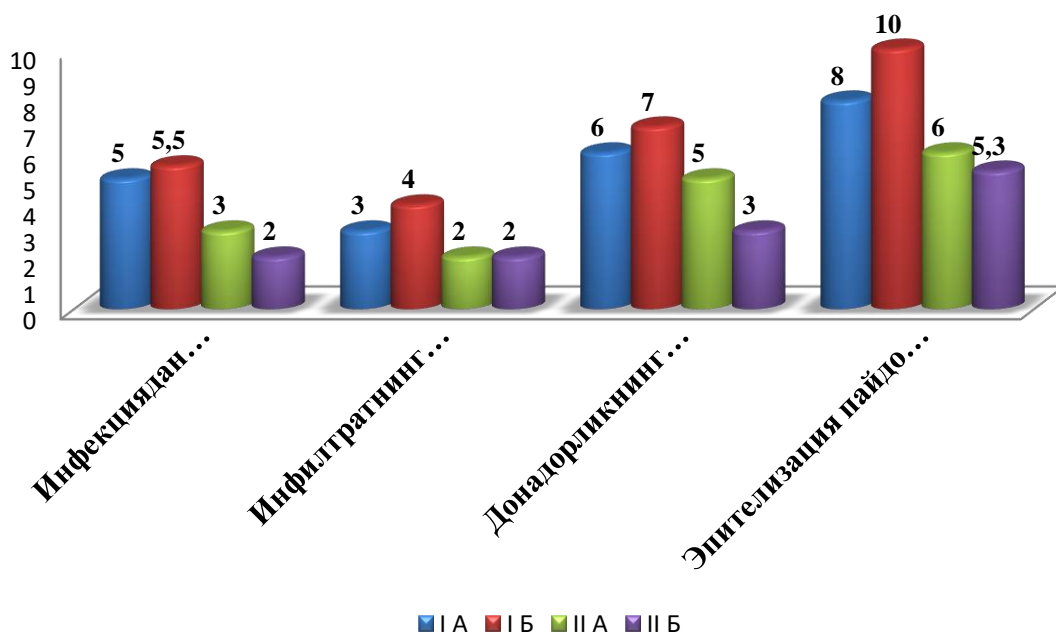
Комплекс даволаш ва диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан маҳаллий абактериал муҳит қўлланиши гонида уруғланиш динамикасининг ўрганилиши шуни кўрсатдики, қабул қилинган пайтда уруғланиш даражаси таққослаш гуруҳидаги беморларда етарлича юқори бўлиб, ўртача 10^8 мт/г ни ташкил қилди. Лекин динамикада, жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг комплекс даволаш фонида, диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал муҳит қўлланиши, кейинги сутка ярада микроб уруғланиши 10^3 мт/г гача камайишига олиб келди ва даволашнинг 3-суткасида у рақамлар кескинлик даражасидан паст бўлиб, тўқиманинг 10^3 мт/г қисмига мос бўлди. Айтиш жоизки, таққослаш гуруҳидаги беморларда бундай ҳолатларга даволашнинг фақат 4-5 суткасида эришилди.

Диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан абактериал муҳитни маҳаллий қўллаб, панжада йирингли жарроҳлик касалликларини комплекс даволаш фонида яранинг инфекциядан тозаланиш муддатлари $2,0 \pm 0,5$ кунгача қисқаришига олиб келди, бундай ҳолат таққослаш гуруҳидаги беморларда фақат $5,5 \pm 0,5$ суткада кузатилди.

Инфилтратнинг сўрилиши $2,0 \pm 0,3$ кундан кейин кузатилди. Донадорликнинг пайдо бўлиши, ўртача, $3,0 \pm 0,5$ -кун кузатилди, эпителизация $5,3 \pm 0,3$ -куни қайд этилди. Ушбу кўрсаткичларнинг таққосланиши, диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан маҳаллий абактериал муҳитнинг комплекс қўлланишида II Б кичик гуруҳ беморларида инфилтратнинг сўрилиш муддатлари таққослаш гуруҳини маълумотларидан ишончли 2 суткага, донадорликнинг пайдо бўлиши 3-4 кунга, эпителизация пайдо бўла бошлашини 4-5 суткага илдамлашини кўрсатди.

Панжада йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларни комплекс даволашда диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан маҳаллий абактериал муҳитнинг қўлланиши даволашнинг 2-суткасига келиб, яраларнинг инфекциядан тўлиқ тозаланишига олиб келди. 2-суткада яра атрофида инфилтратнинг фаол сўрилиши кузатилди.

Йирингли яралари бўлган беморларни комплекс даволашда яларга диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси билан маҳаллий санація қўлланиши даволашнинг 3-суткасига келиб, яраларнинг инфекциядан тўлик тозаланишига олиб келди. 2-суткада яра атрофида инфилтратнинг фаол сўрилиши кузатилди (4-расм).



4- расм. Беморларнинг I А, I Б, II А ва II Б кичик гуруҳларида яраларнинг тозаланиш ва битиш муддатлари бўйича қиёсий маълумотлар

ХУЛОСАЛАР

1. Панжада йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларни диметилсульфоксиднинг 25% эритмаси ва марли боғламда левомекол мазидан фойдаланиб анъанавий даволашда яранинг инфекциядан кеч тозаланиши кузатилади (даволашнинг 5-6-суткасида), донаторликнинг пайдо бўла бошлаши даволашнинг 7-суткасида, эпителизация пайдо бўлиши даволашнинг 10-суткасида. Яра экссудатининг биокимёвий кўрсаткичлари даволашнинг фақат 10-суткасига келиб меъёрлашади. Бунда беморларни амбулатор даволашнинг ўртача давомийлиги $13,5 \pm 0,8$ кунни ташкил этади,

бу даволаш усуллари такомилаштиришга йўналтирилган, қўшимча чоралар ишлаб чиқилишини талаб этади.

2. Панжанинг йирингли касалликларига эга беморларни комплекс даволашда диметилсульфоксиднинг 25%-эритмаси билан абактериал муҳит қўллаб маҳаллий даволаш яраларнинг инфекциядан тозаланиш муддатларини даволашнинг $3,0 \pm 0,4$ суткасигача, инфилтратнинг сўрилишини $2,0 \pm 0,3$ суткасигача донадорлик пайдо бўлишини $4,0 \pm 0,5$ суткасигача, эпителизациянинг $5,0 \pm 0,5$ суткасигача камайишига олиб келади. Бу кўрсаткичларнинг барчаси анъанавий даволаш тактикасини қўллашда шундай кўрсаткичлардан 3-4 кунга илдамлайди.

3. Панжада йирингли жарроҳлик касалликларини даволашда диметил-сульфоксиднинг 25%-эритмаси билан абактериал муҳит қўлланиши энг оптимал усул ҳисобланади. Шундай қилиб, агар I-гуруҳ беморларида интоксикация $10 \pm 0,6$ суткада, II- кичик гуруҳ беморларида $6 \pm 0,5$ суткада йўқолган бўлса, анъанавий даволаш усулида инфекциядан тозаланиш муддатлари $11 \pm 0,4$ кунни ташкил этди, бу абактериал муҳит қўлланганда $7 \pm 0,3$ кунга тенг бўлди. Буларнинг барчаси панжада йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларда даволаш муддатларининг анъанавий усул билан даволашдан кўра, 2-3 кунга қисқаришига олиб келади.

4. Қиёсий таҳлил натижаларини эътиборга олиб, амбулатор шароитда панжада йирингли жарроҳлик касалликлари бўлган беморларни диметилсульфоксиднинг 25%-эритмаси билан абактериал муҳитни маҳаллий қўллаш йўли билан даволашнинг оптимал усули ишлаб чиқилган.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc/PhD.04/30.12.2019Тй.93.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ЛАТИПОВ ОРИФ ЗАРИПОВИЧ

**УСОВЕРШЕНСВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

БУХАРА – 2021

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2021.3.PhD/Tib2159

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте.
Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице научного совета (www.buxmi.uz) и информационно-образовательном портале «ZiyoNet» (www.ziyo.net).

Научные руководитель	Сафоев Бакодир Барноевич доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты	Гулямов Олимжон Мирзахитович доктор медицинских наук Тешаев Октябрь Рухиллаевич доктор медицинских наук
Ведущая организация	Таджикский государственной медицинский университет (Республика Таджикистан)

Защита состоится «14» февраля 2022 г. в 12³⁰ часов на заседании Научного Совета DSc./PhD04/30.12.2019Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте имени Абу Али ибн Сино (Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г. Бухара, пр-т. Наваи, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: buhmi@mail.ru).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована за № 025). Адрес: 200100, Республика Узбекистан, г. Бухара, пр-т. Наваи, 1. Тел.: (+99865) 223-17-53; факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «10» февраля 2022 года.
(реестр протокола рассылки № _____ от 10 февраля 2022 года).



А.Ш. Иноят
Председатель Научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, профессор

Д.Н. Ачилова
Ученый секретарь Научного совета по присуждению ученых степеней, PhD, доцент

Н.А. Нуралиев
Председатель научного семинара при Научном совете по присуждению ученых степеней

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской (PhD) диссертации)

Актуальность проблемы и востребованность темы диссертации. Острые гнойно-воспалительные заболевания кисти занимают одно из ведущих мест, как по частоте встречаемости, так и по общему числу времени нетрудоспособности пациентов. В большинстве государств отсутствует направленность к уменьшению гнойно-септических осложнений. Среди всех нагноительных процессов мягких тканей и костей у впервые обратившихся за хирургической помощью больных, удельный вес гнойных заболеваний кисти составляет, по данным современных Российских и зарубежных авторов, от 8 до 30%. Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности представляют собой серьезную медико-социальную проблему. Актуальность данной темы «обусловлена высокой заболеваемостью среди трудоспособного населения, преимущественным поражением функционально активной правой верхней конечности, а также неудовлетворительной организацией хирургической помощи на стационарном этапе лечения»³.

Во всем мире лечение гнойных хирургических заболеваний констатирует тот факт, что тяжесть заболевания кисти связана не только с особенностями ее анатомических структур, но и с отсутствием единых организационных установок, определяющих особенности лечения, и нередко приводящих к длительным срокам выздоровления и значительным финансовым затратам. Отрицательные последствия гнойных заболеваний кисти и пальцев неизбежно порождают сложные социальные проблемы, в том числе, касающиеся трудоустройства, материального обеспечения пациентов, а также их психологического состояния. Применение наиболее эффективного комплексного воздействия различных местных препаратов и физических методов для лечения гнойных хирургических заболеваний кисти не имеют также ожидаемого эффекта, поэтому разработка метода лечения гнойных заболеваний кисти путем применения абактериальной среды с использованием 25%-ного раствора диметилсульфоксида, изучение их эффективности с целью улучшения результатов оказания медицинской помощи больным с гнойными заболеваниями кисти и пальцев, внедрение этого метода в клиническую практику является наиболее актуальным, что дает улучшение последствий заболевания.

В нашей стране в целях развития медицинской сферы, адаптации медицинской системы к требованиям мировых стандартов и профилактики гнойно-хирургических заболеваний пальцев и кисти Указом Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года № УП-5590 «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» было отмечено «...повышение эффективности, качества и всеобщности медицинской помощи в стране, а также создание

³ Колодкин Б.Б. Лечебно-диагностический алгоритм в хирургии гнойных заболеваний кисти и пальцев: Автореф. дис... канд.мед.наук.- М., 2019.- 24 с.

системы медицинской стандартизации, внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения...»⁴.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года, Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за №ПП-3071 от 20 июня 2017 года, а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

Соответствие исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологий республики. Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики V1. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. В современной хирургической практике острые гнойно-воспалительные заболевания кисти занимают одно из ведущих мест, как по частоте встречаемости, так и по общему числу времени нетрудоспособности пациентов (Петрушин А.Л. 2011; Рутенбург Д.Г.2014; Kennedy С.Д. 2017).

Среди всех нагноительных процессов мягких тканей и костей у впервые обратившихся за хирургической помощью больных, удельный вес гнойных заболеваний кисти составляет, по данным современных Российских и зарубежных авторов, от 8 до 30% (Menendez ME, Ring D.2016). Гнойно-воспалительные заболевания верхней конечности представляют собой серьёзную медико-социальную проблему. Актуальность данной темы обусловлена высокой заболеваемостью среди трудоспособного населения, преимущественным поражением функционально активной правой верхней конечности, а также неудовлетворительной организацией хирургической помощи на стационарном этапе лечения (Охунов А.О. 2018).

Статистические данные показывают, что чаще заболевание встречается в наиболее трудоспособном возрасте от 20 до 50 лет. Наблюдаемая тенденция сохраняется не только в России и Узбекистане, но и характерна для всего мирового сообщества. Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в Польше и Германии (университет Мюнстера), подтвердили рост частоты развития гнойных заболеваний кисти (Крайнюков П.Е. 2018).

Большой статистический материал различных авторов позволяет заключить, что именно мелкие повреждения не вызывали настороженности у травмированных людей: раны не обрабатывались, за медицинской помощью пациенты не обращались. Узкий раневой канал быстро закрывался, что нарушало дренажную функцию раны. Повреждения мягких тканей кисти с большим, чем при уколах, раневым дефектом редко осложняются флегмонами или панарициями. Этому способствует своевременность

⁴ Указ Президента РУз от 07.02.2017 г. УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан». Сборник законодательных актов.

оказания медицинской помощи, наличие в ране условий для осуществления достаточной дренажной функции и др. (Бабаджанов Б.Д., 2018). Причиной возникновения гнойно-воспалительных поражений верхней конечности, в подавляющем большинстве случаев, служили первичные раны, являвшиеся воротами для проникновения гноеродной инфекции, — 449 (68%) случаев. Из них 124 (18,8%) пациента имели резаные раны, 104 (15,8%) — укушенные, 81 (12,3%) — колотые, по 68 (10,3%) — ушибленные и постинъекционные (в том числе, возникшие после инъекции немедицинских наркотических средств), 3 (0,5%) — ожоговые, 1 (0,2%) — рубленую рану. Обращали на себя внимание две редкие ситуации, приведшие к возникновению инфицированных ран: укол морским ежом и лечение медицинскими пиявками с установкой последних в область пальцев. В 6 (0,9%) случаях обширное гнойное воспаление явилось результатом прогрессирования абсцедирующего фурункула. В 205 (31%) эпизодах первопричина возникновения заболевания осталась не выявленной. Можно предположить, что у ряда пациентов данной группы существовали незамеченные микротравмы конечности, послужившие воротами для инфекции. Не исключали и гематогенный путь проникновения микроорганизмов из хронических очагов инфекции. Таким образом, важным моментом в профилактике возникновения острых гнойно-воспалительных заболеваний верхней конечности являлось сохранение целостности кожных покровов, предупреждение профессионального и бытового травматизма (Рутенбург Д. Г. и соавт., 2011).

В Узбекистане был проведен ряд мероприятий по систематической организации хирургической помощи больным с гноными хирургическими заболеваниями кисти и пальцев, по совершенствованию диагностики, по лечению и профилактике раневой инфекции (Охунов А.О., 2015).

По проведенному анализу исследований последних лет видно, что поиск простых и эффективных методик лечения гнойных хирургических заболеваний кисти и пальцев продолжается, и наилучшие результаты лечения можно получить при применении абактериальной среды с использованием 25%-ного раствора диметилсульфоксида. Однако, к настоящему времени такой метод не используется, и вопрос об его эффективности при местном лечении гнойных хирургических заболеваний кисти и пальцев не изучался.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательского или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.

Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Бухарского государственного института номером **02.2018.PhD.013** по теме: «Разработка новых подходов ранней диагностики, лечения и профилактики предпатологических и патологических состояний организма в условиях жаркого климата Бухарского региона» (2017-2021 гг).

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти путем применения абактериальной среды в амбулаторных условиях.

Задачи исследования:

изучить эффективность применения традиционного метода лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти в амбулаторных условиях;

изучить эффективность применения абактериальной среды при лечении больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти в амбулаторных условиях;

провести сравнительный анализ результатов исследования традиционного метода лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти и с применением абактериальной среды 25% -ным раствором диметилсульфоксида;

разработать оптимальный метод лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти в амбулаторных условиях с применением абактериальной среды.

Объектом исследования явились 148 больных с острыми гнойными хирургическими заболеваниями кисти, находившихся на лечении в семейной поликлинике Бухарского городского медицинского объединения за период 2016-2020 годы.

Предметом исследования является разработка местного метода лечения гнойных ран у больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти с применением абактериальной среды. Различные штаммы микроорганизмов. Способом получения клинического материала явился биопсийный интраоперационный материал, а также отпечатка ран.

Методы исследования. Для осуществления диссертационного исследования и решения поставленных задач использованы: оценка динамики раневого процесса показателей интоксикации, динамика биохимических показателей и скорости заживления ран, бактериологические, цитологические и статистические исследование.

Научная новизна исследования:

клиническими исследованиями определена эффективность применения абактериальной среды при лечении больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти в амбулаторных условиях;

на основе клинических исследований изучена эффективность местного применения абактериальной среды в комплексе лечения больных с гнойно-некротическими заболеваниями кисти;

показано, что абактериальная среда преимущественно влияет на очищения раны и улутшает репаративный процесс и тем самым сокращает сроки лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти на 2-3 дня;

разработана оптимальная схема применения абактериальной среды как метод лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти.

Практические результаты исследования:

установлено, что абактериальная среда являются эффективным способом воздействия на раны при лечении гнойно-хирургических заболеваний кисти;

определено, что абактериальная среда с применением 25%-ного раствора диметилсульфоксида показано при местном лечении больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти различной этиологии;

разработан оптимальный метод лечения больных с гнойно-некротическими заболеваниями кисти в амбулаторных условиях;

абактериальная среда с применением раствора диметилсульфоксида способствует ускорению смены фаз раневого процесса и тем самым приводит к сокращению сроков лечения на 5-6 дня при лечении больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти.

Достоверность результатов исследования. Достоверность результатов исследования подтверждена применением современных, широко используемых в практике клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины. Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования определяется тем, что полученные выводы и предложения имеют свою теоретическую значимость, которые вносят существенный вклад в изучение особенностей местного лечения ран больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти. Впервые определена эффективность абактериальной среды с применением раствора диметилсульфоксида для лечения больных с гнойными ранами кисти экспериментальными и клиническими исследованиями. Изучена эффективность местного применения абактериальной среды с применением раствора диметилсульфоксида в комплексе лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти. Разработана оптимальная схема применения абактериальной среды как метод лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти. Отдельные результаты данного исследования дадут возможность усовершенствования содержания и структуры программы обучения курсантов факультетов последипломного образования по тематикам, посвященным патогенезу, клинике, диагностике и местному лечению гнойных заболеваний кисти.

Практическая ценность работы заключается в том, что разработана оптимальная схема лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти в амбулаторных условиях с целью ускорения сроков очищения раны от инфекции. Применение абактериальной среды с 25%-ным раствором диметилсульфоксида способствует ускорению смены фаз раневого процесса и тем самым приводит к сокращению дней лечения больных с гнойными ранами кисти.

Внедрение результатов исследования. На основании результатов исследований по улучшению результатов лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти путем применения абактериальной среды при лечении гнойных хирургических заболеваний кисти:

утверждена методическая рекомендация на тему: “Способ лечения ран у больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти” (Заключение МЗ РУз по практическому внедрению результатов научно-исследовательских работ – № 8 н-р/1042 от 04 октября 2021 года). Данная методическая рекомендация дает возможность предупредить осложнения у больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти при применении абактериальной среды;

утверждена методическая рекомендация на тему: “Метод лечения больных с различными формами панариция” (Заключение МЗ РУз по практическому внедрению результатов научно-исследовательских работ – № 8 н-р/1043 от 04 октября 2021 года). Данная методическая рекомендация дает возможность оценить динамику заживления ран у больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти;

полученные данные исследования по улучшению результатов лечения и диагностики в практическом здравоохранении, в том числе Бухарском городском медицинском объединение, Бухарском районном медицинском объединение, Каганском районном медицинском объединение и Гиждуванском районном медицинском объединение внедрены в практическо-лечебную и лечебную деятельность ([заключения Министерства здравоохранение от 2021 года 00 мая № 0н-з/00](#)). В практике экспериментальными и клиническими исследованиями была выявлена эффективность абактериальной среды с применением 25%-ного раствора диметилсульфоксида после различной этиологии гнойных хирургических заболеваний кисти. В результате исследования разработан оптимальный метод лечения больных с гнойно-некротическими заболеваниями кисти и применение абактериальной среды с раствором диметилсульфоксида, которое способствует ускорению смены фаз раневого процесса и тем самым приводит к сокращению на 3 суток лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были представлены и доложены на 0 международных и 1 республиканских научно-практических конференциях и съездах.

Публикация результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 6 научных работ, из которых 4 журнальных статей, в том числе 2 - в республиканских и 2 - в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций доктора философии.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы и приложений. Объем диссертации составляет 100 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновываются актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи, характеризуются объект и предмет изучения. Показано соответствие исследования приоритетным

направлениям развития науки и технологий республики, излагаются научная новизна и практические результаты исследования, раскрываются научная и практическая значимость полученных результатов. Приведены данные по внедрению результатов исследования в практику здравоохранения, представлены сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Обзор литературы»** диссертации приведен анализ современной литературы, в том числе представлены современные взгляды на гнойно-воспалительный процесс, заживления и методов воздействия на раневой процесс раны, при гнойных хирургических заболеваний кисти. Обсуждена роль абактериальной среды и химического препарата диметилсульфоксида в лечении ран.

Во второй главе диссертации **«Материал, методы исследования и лечения»** дана клиническая характеристика больных и описаны используемые средства и методы лечения больных, клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Проанализированы данные обследования и лечения 148-х больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти различной этиологии, находившихся на амбулаторном лечении в семейной поликлинике Бухарского городского медицинского объединения в 2016-2020 гг.

Все больные в зависимости от метода лечения были разделены на 2 группы: I – группа сравнения и II – основная. Больным I группы сравнения после санации ран антисептиками - 3%-ным раствором перекиси водорода, 0,02%-ным раствором фурацилина и некрэктомии для местного лечения накладывалась марлевая повязка с мазью левомеколь на водорастворимой основе после обработки 25% раствором диметилсульфоксида. Проводилась системная антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры, выделяемой из ран, дезинтоксикационная терапия, а также симптоматическое лечение. Основной II группе больным, в свою очередь, в соответствии с задачами исследования дополнительно применялась абактериальная среда на гнойный очаг по 8 часов 2 раза в сутки.

Больным группы сравнения после санации ран антисептиками - 3%-ным раствором перекиси водорода, 0,02%-ным раствором фурацилина и некрэктомии для местного лечения накладывалась марлевая повязка с мазью левомеколь на водорастворимой основе. Проводилась системная антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры, выделяемой из ран, дезинтоксикационная терапия, а также симптоматическое лечение.

Во II группе вышеуказанный традиционный метод лечения после хирургической обработки гнойного очага было дополнено применения абактериальной среды с 25%-ным раствором диметильсульфоксида.

Методика проведения абактериальной среды с 25%-ным раствором диметильсульфоксида: абактериальная среда создавалась с использованием стерильной резиновой хирургической перчаткой, при этом размер перчатки подбирали на 2 номера больше кисти пациента. Просвет перчатки заполняли 25%-ным раствором диметилсульфоксида до верхней границе пальцев, в

последующем туда погружали пораженную кисть больного. Верхнюю часть перчатки герметично закрепляли на нижнюю часть предплечья с помощью фиксирующего материала.

Оценку динамики общих и местных проявлений раневого процесса осуществляли по показателям интоксикации, динамики биохимических показателей и скорости заживления раны, бактериологическими и цитологическими исследованиями.

Бактериологическое исследование проводилось путем забора выделения из раны с качественным и количественным определением раневой микрофлоры и её чувствительности к антибактериальным препаратам. Для выделения анаэробных бактерий использовали метод, предложенный В. М. Кочеровцем. Исходным материалом для микробиологических исследований служил экссудат из гнойных ран. Часть его тут же инъецировали в мыло стерильный транспортный флакон, содержащий смесь трехкомпонентного газа: азота (80%), углекислого газа (10%), водорода (10%). Часть материала исследовали на содержание аэробов по стандартной методике. Кроме того, тут же в операционной готовили мазок, окрашенный по Грамму для экспресс – бактериоскопии. Транспортный флакон доставляли в бактериологическую лабораторию. В ультрафиолетовых лучах изучали флюоресцирующие свойства анаэробов и тут же приступали к посеву.

Для выделения чистых культур и количественной характеристики анаэробной микрофлоры нативного материала производили посев на прередуцированные (выдержанные не менее 1 сут в микроанаэроstate) чашки с анаэробным гемагаром по методике Т. С. Gould.

Чувствительность аэробных бактерий определяли методом диффузии из стандартных дисков на плотной питательной среде, анаэробных микробов – методом диффузии в агаре.

Цитологические отпечатки выполнялись по методу М. П. Покровского и М. С. Макарова. После удаления некротического слоя и лекарственных примесей делали 2 отпечатка одного и того же участка. Для более точного представления о динамике процесса клеточный состав выражали в процентах, подсчитывая от 100 до 300 клеток в различных местах препарата.

У всех больных в динамике проводили рН – метрию раневого экссудата.

Степень эндогенной интоксикации оценивали по уровню среднемолекулярных пептидов (МСМ) спектрометрией при длине волны 210 нм.

Также было проведено лабораторное изучение микробиологической активности диметилсульфоксида и выявление оптимальной его концентрации с максимальным бактерицидным эффектом в отношении патогенных микроорганизмов *in vitro*.

Математическая обработка полученных данных результатов проводилась методами вариационной статистики. С помощью метода вариационной статистики определялась средняя арифметическая (M), ее ошибка ($\pm m$), 95% доверительный интервал ДИ, критерий Стьюдента (t) при

различных уровнях значимости (P). Достоверными считались результаты при $P < 0,05$.

В третьей главе диссертации «**Результаты традиционного лечения гнойных заболеваний мягких тканей**» дана оценка эффективности традиционного лечения больных с гнойными заболеваниями кисти и пальцев.

В 1 группу входили 78 больных с гнойными заболеваниями кисти и пальцев. Из них у 45 (57,7%) имелся гнойный воспалительный процесс пальцев различной этиологии, а у 33 (42,3%) больных - гнойные хирургические заболевания кисти. При поступлении у всех больных раны были в I фазе раневого процесса. Всем больным в день поступления производилось вскрытие гнойного очага.

Общее состояние больных при поступлении, в большинстве случаев, было средней степени тяжести. По клинико-лабораторным данным преобладали явления общей интоксикации: повышение температуры тела или стойкий субфебрилитет, бледность, малая подвижность, тахикардия на фоне слабого пульса, повышение СОЭ (скорость оседания эритроцитов) крови, лейкоцитоз и сдвиг формулы влево. Параллельно с общей симптоматикой были выражены местные проявления заболевания: гиперемия, отечность и инфильтрация тканей в области раны. Пальпаторно определялась глубокая болезненная инфильтрация.

Всем больным в день поступления в экстренном порядке после соответствующей премедикации выполнялась операция вскрытия гнойного очага. Проводилась санация гнойной полости антисептическим 3% раствором перекиси водорода, и наложением мази левомеколь под асептическими марлевыми повязками с 25%-ным раствором диметилсульфоксида ежедневно 1 раз в день, после выполнения основных принципов лечения гнойных ран и системной антибиотикотерапии с учетом чувствительности микрофлоры ран. Свыше 60 % хирургических вмешательств проводилась под местной анестезией.

Анализ результатов показателей интоксикации организма больных с гнойными заболеваниями пальцев I A- подгруппы сравнения выявили нижеследующие изменения (табл. 1). Как видно из таблицы, в первые сутки лечения температура тела больных составила в среднем $38,7 \pm 0,32$ С. Содержание лейкоцитов в крови было равно в среднем $9,8 \pm 0,35 \times 10^9$ /л. Объем средних молекул составил в среднем $0,208 \pm 0,011$ ед. Аналогично этому отмечалось повышение ЛИИ (лейкоцитарный индекс интоксикации) и СОЭ.

К седьмым суткам лечения эти цифры, хотя и имели тенденцию к дальнейшему снижению, однако сохранялись выше нормы.

При дальнейшем лечении и наблюдении к десятым суткам все анализируемые показатели интоксикации, кроме СОЭ крови, были в пределах нормы.

Таблица 1

Динамика показателей интоксикации у больных с гнойными хирургическими заболеваниями пальцев кисти I A– подгруппы сравнения (n=45)

Показатели	Время наблюдения				
	день поступления	3 день	5 день	7 день	9-10 день
t ⁰ тела	38,7±0,32	37,8±0,16*	37,3±0,22*	37,1±0,11	36,7±0,12*
L крови ×10 ⁹ /л	9,8±0,35	8,6±0,34*	7,8±0,27	6,2±0,31	6,0±0,28
МСМ ед	0,208±0,011	0,175±0,007**	0,161±0,008	0,128±0,007**	0,103±0,005***
ЛИИ ед	2,3±0,08	1,85±0,08*	1,8±0,06	1,5±0,07	1,1±0,06***
СОЭ мм/ч	45,4±1,77	36,3±1,48*	31,2±1,34*	26,5±1,12***	14,3±0,68***

Примечание: * - различия относительно данных предыдущих суток значимы (* - P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001)

Следующими критериями оценки динамики раневого процесса у больных, были рН раневой среды, процент уменьшения площади раневой поверхности и показатели ПК по М.Ф.Мазурику. У пациентов, анализируемой группы, в первый день обращения исходный уровень рН раневой среды был достоверно более низким (ацидоз) и составил в среднем 4,5±0,17. Белок экссудата ран был равен в среднем 58,9±1,59 г/л. ПК при этом составил в среднем 0,9±0,04 ед. Лишь к десятым суткам лечения рН раневой среды становился нейтральным. Уменьшение площади раневой поверхности за сутки стало равным 3,4±0,21%. Прекратилось выделение экссудата из раны, что, на наш взгляд, обусловлено переходом раневого процесса от 1-й ко 2-й фазе.

Одним из характерных критериев оценки раневого процесса было определение уровня микробной обсемененности, выявление видового состава микрофлоры и сроков очищения раны. Выявленный видовой состав микрофлоры, высеянной из экссудата инфицированных ран больных с гнойными заболеваниями пальцев 1 группы сравнения, представлен на рисунке 1.

В большинстве случаев у 33-х пациентов высеивался *Staphylococcus* spp., из них у 16 (20,5%) в виде монокультуры и у 19 (24,3%) в ассоциациях. В 29 наблюдениях высеивалась *Escherichia coli*, которая в 12 (15,3%) случаях присутствовала в виде монокультуры и в 20 (25,6%) в составе микробных ассоциаций. Следующим по частоте выявляемости был *Proteus* - 18 наблюдений, высеянный 8 (10,2%) случаях в виде монокультуры и в 9 (11,5%) в составе микробных ассоциаций. Далее следовали *Enterococcus*, обнаруженные в 15 наблюдениях, по 8 (10,2%) в виде монокультуры и ассоциаций соответственно, *Streptococcus* в 7 наблюдениях, 4 (5,1%) - монокультуры и 3 (3,8%) в ассоциации. *Pseudomonas aeruginosa* высеяна у 2

(2,5%) пациентов в виде монокультуры и у 1 (1,3%) в составе микробных ассоциаций.

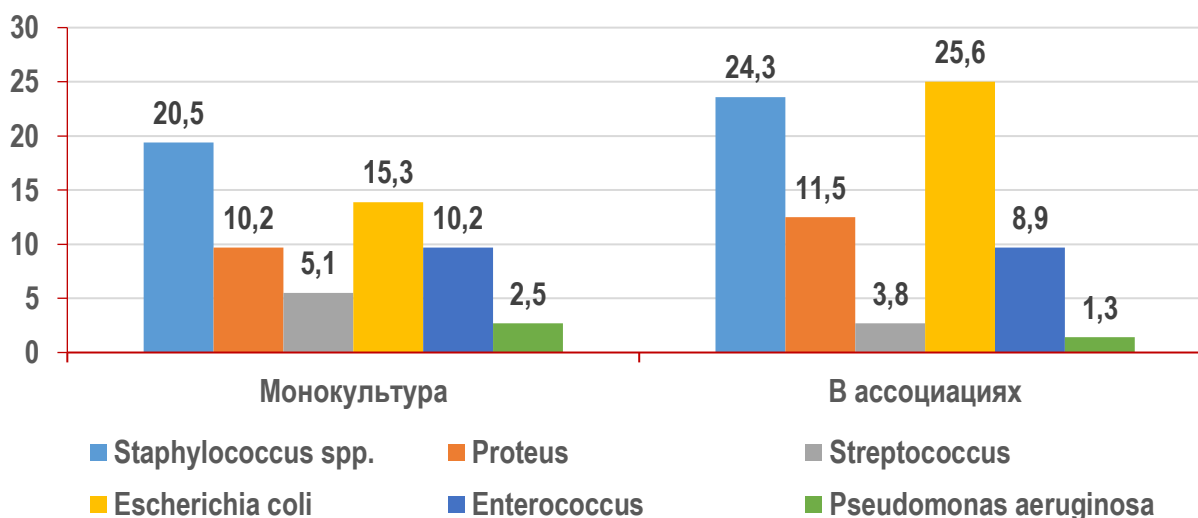


Рис. 1. Видовой состав микрофлоры, высеянных их экссудата инфицированных ран больных с гнойными заболеваниями I группы сравнения

Динамический контроль уровня микробной обсемененности гнойных ран у больных данной подгруппы выявил следующее: в момент поступления микробная обсемененность, в среднем, составила 10^8 мт/г, в следующие сутки после хирургической обработки раны с наложением мажевой повязки ее значения составили 10^5 мт/г. К 4-м суткам комплексного лечения у этих больных степень микробной обсемененности была ниже критического уровня и составила 10^2 мт/г ткани.

В четвертой главе диссертации «Эффективность местного применения абактериальной среды с 25%-ным раствором диметилсульфоксида при лечении гнойных заболеваний кисти» представлены результаты оценки эффективности применения абактериальной среды с 25%-ным раствором диметилсульфоксида в комплексном лечении гнойных ран при гнойных хирургических заболеваний кисти и различных форм панариция.

У 41 (58,6%) больного (II А подгруппа) с различными гнойными воспалительными хирургическими заболеваниями пальцев изучена эффективность применения абактериальной среды с 25%-ным раствором диметилсульфоксида. Ниже отдельно приводим анализ, полученных результатов в данной подгруппе больных.

Как было отмечено, из 41 больных II А подгруппы, гнойные раны отмечались в виде паронихии 8 (19,5%), подногтевой 9 (21,9%), суставной 4 (9,8%), костный панариций 8 (19,5%) и пандактилит 12 (29,3%). У 29 (41,4%) больных (рис. 2).

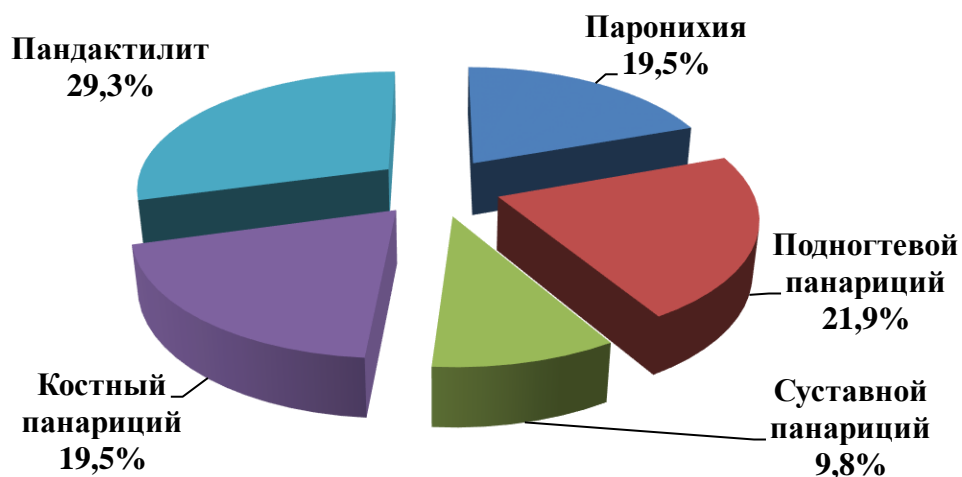


Рис. 2. Разновидность гнойных хирургических заболеваний пальцев кисти больных II А подгруппы (n=41)

II Б подгруппы имелись гнойные заболевания кисти в виде флегмоны тенара 9 (31,1%), флегмоны гипотенара 6 (20,7%), флегмоны срединного ладонного пространства (надподапоневротическое) 2 (6,9%), а также комиссуральная флегмона (мозольный абсцесс) 9 (31,1%), перекрестная (U-образная флегмона, флегмона тыла кисти (надподапоневротическая) 1(3,4%), фурункул тыла кисти 2 (6,7%) после различных этиологических факторов (рис. 3). При поступлении у всех больных раны были в I фазе раневого процесса.

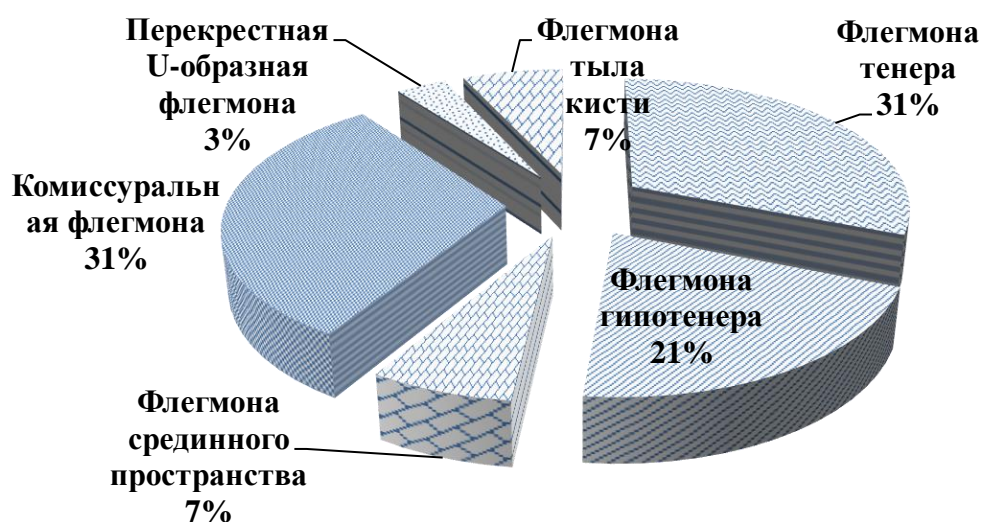


Рис. 3. Разновидность гнойных хирургических заболеваний кисти больных II Б подгруппы (n=29)

При поступлении у больных по клинико-лабораторным данным превалировали показатели общей интоксикации: значительный подъем температуры тела или продолжительный субфебрилитет, бледность кожных покровов, гиподинамия, увеличение частоты сердцебиения на фоне ослабленного пульса, увеличение показателей СОЭ крови, повышение

количества лейкоцитов со сдвигом формулы влево. Параллельно с общей симптоматикой были выражены местные проявления заболевания: гиперемия, отечность и инфильтрация тканей в области раны. Из местных симптомов в 82,1% случаях отмечались умеренная или выраженная гиперемия кожи и отёчность тканей. В процессе лечения, по мере заживления ран, эти показатели постепенно нормализовались.

Всем больным с гнойными заболеваниями кисти и пальцев в день поступления в экстренном порядке выполнена операция вскрытия гнойного очага и санация гнойной полости антисептическим 3% раствором перекиси водорода, после высушивания производилась санация химическим раствором 25%-ного диметилсульфоксида с последующим наложением мази левомеколь и асептическими марлевыми повязками с 25%-ным раствором диметилсульфоксида. Более 80% операций проводились под местным обезболиванием. В качестве местного лечения дополнительно применяли абактериальную среду с раствором 25%-ного диметилсульфоксида по 8 часов два раза в сутки.

В момент поступления общее состояние пациентов было средней степени тяжести. Больные предъявляли жалобы на общее недомогание и слабость, на болевые ощущения в области гнойной раны, бессонницу и потерю аппетита.

При анализе давности заболевания выявлено, что большинство больных (более 90%) поступили в сроки от двух суток до пяти суток от начала заболевания.

Эффективность применения абактериальной среды при комплексном лечении различных форм панариций. На фоне комплексного лечения применением абактериальной среды с применением 25%-ного раствора диметилсульфоксида у больных с гнойными заболеваниями пальцев к 3 суткам рН раневой среды составил $4,3 \pm 0,28$, то есть, отмечался сдвиг в нейтральную сторону. Отмечено уменьшение площади раневой поверхности в среднем на $1,4 \pm 0,07\%$ в сутки. Содержание белка в раневом экссудате уменьшилось в среднем до $55,7 \pm 1,16$ г/л. Пересчет ПК выявил его рост, в среднем до $1,0 \pm 0,06$ ед. К 5-м суткам лечения рН раневой среды был ближе к нейтральной среде ($5,1 \pm 0,32$). Суточный процент уменьшения площади раневой поверхности составил в среднем $1,9 \pm 0,06\%$. Белок раневого экссудата снизился в среднем до $52,5 \pm 2,33$ г/л. При этом ПК по М.Ф.Мазурику был равен $1,3 \pm 0,07$ ед. К 7 суткам лечения рН раневой среды сместился ближе к нейтральным значениям $6,4 \pm 0,22^*$. Уменьшение площади раневой поверхности достигло в среднем $2,9 \pm 0,23\%$. ПК был равен $1,5 \pm 0,08$ ед. К 9-10 суткам лечения рН раневой среды имел стойкое нейтральное значение. Уменьшение площади раневой поверхности достигло в среднем до $3,1 \pm 0,12\%$.

Бактериологические исследования ран данной подгруппы показали наличие *Staphylococcus spp.* в 18 (43,9%) наблюдениях, из них 8 (19,5%) в виде монокультуры и 10 (24,3%) – в виде ассоциаций; *Escherichia coli* - в 11 (26,8%) наблюдениях, из них 4 (9,7%) в виде монокультуры и 7 (17,1%) -

ассоциаций; *Proteus* – в 9 (21,9%) наблюдениях, из них – 4 (9,7%) в виде монокультуры и 5 (12,1%) в виде ассоциаций; *Streptococcus* – в 8 (19,5%) наблюдениях, из них 3 (7,3%) в виде монокультуры и 5 (12,1%) – ассоциации, *Pseudomonas aeruginosa* в 3-х (7,3%) наблюдениях, из них 2 (4,8%) в виде монокультуры и 1 (2,4%) – ассоциации. Таким образом, в 75% случаях микрофлора встречалась в виде микробной ассоциации.

Динамический контроль уровня микробной обсемененности гнойных ран анализируемой подгруппы выявил следующее: в момент поступления микробная обсемененность раны была сопоставима с первой группой и составила 10^8 мт/г, после хирургической обработки раны и местного применения абактериальной среды с 25%-ным раствором диметилсульфоксида, она снизилась на 4 порядка, в процессе данного метода лечения отмечалось дальнейшее её снижение и уже к 2-3 суткам лечения микробная обсемененность раны у этих больных была на уровне и ниже критического уровня, составляя при этом 10^3 мт/г – 10^2 мт/г ткани.

Применение 25%-ного раствора диметилсульфоксида на раны в комплексном лечении больных с гнойными заболеваниями кисти организма способствовало полному очищению ран от инфекции уже к 3 суткам лечения. Ко 2-м суткам наблюдалось активное рассасывание инфильтрата вокруг раны. Начало появления грануляций было отмечено к 5 суткам лечения, а эпителизации к 6-м суткам.

Сравнительный анализ этих показателей с результатами лечения больных II А подгруппы выявил достоверное опережение сроков очищения и заживления ран, чем у пациентов I А подгруппы на 3-4 дня.

Сравнительный анализ динамики биохимических показателей и скорости очищения и заживления ран у больных с гнойными заболеваниями пальцев I А и II А подгруппы выявил следующее: применение при лечении гнойных хирургических заболеваний пальцев с применением абактериальной средой по разработанной схеме в комплексе лечения является эффективным методом. Средняя продолжительность амбулаторного лечения больных II А подгруппы составила $5,5 \pm 0,7$ дней, что опережает на 2,5-3 суток контрольную группу.

Сравнительный анализ динамики биохимических показателей и скорости заживления ран у больных I группы сравнения и II А подгруппы также выявил, что у больных с гнойными хирургическими заболеваниями пальцев наблюдается быстрая нормализация pH раневой среды у больных II А подгруппы. Так у больных I группы сравнения pH раневой среды становился нейтральным лишь к 10-м суткам лечения, а у больных II - А подгруппы уже на 7-е сутки лечения. У больных II А подгруппы на 6-е сутки лечения констатирован преимущественно регенераторный тип цитограмм, тогда как в I – группе сравнения цитологическая картина в этот срок имела в основном воспалительный и воспалительно-регенераторный характер. Применение местной абактериальной среды с 25%-ным раствором диметилсульфоксида в комплексном лечении больных с гнойными

хирургическими заболеваниями пальцев II А подгруппы способствовало полному очищению раны от инфекции уже к 3-м суткам лечения. На 2-е сутки у них наблюдалось активное рассасывание инфильтрата вокруг раны. Начало появления грануляций было отмечено на 5-е сутки лечения, а эпителизации – на 6 сутки. Достоверное опережение по срокам во II А подгруппе достигало к 3-4 суткам.

Таким образом, полученные результаты показали, что включение местного применения абактериальной среды с применением 25%-ного раствора диметилсульфоксида на рану в комплексе лечения гнойных хирургических заболеваний пальцев, способствовало уменьшению сроков очищения ран, улучшению биохимических и цитологических показателей раневого экссудата и тем самым ускорило переход стадии воспаления в стадию регенерации на $1,5 \pm 2,0$ дня, что способствовало сокращению сроков лечения больных на $3,2 \pm 0,3$ дня по сравнению с аналогичными данными у больных группы сравнения.

Эффективность применение абактериальной среды при комплексном лечении гнойных заболеваний кисти. Для достижения высокой эффективности результатов лечения больных с гнойными заболеваниями кисти было решено применить абактериальную среду с использованием 25 %-ного раствора диметилсульфоксида.

Как было отмечено выше, абактериальная среда была применена после выполнения основных принципов лечения гнойных ран. Принцип и методика проведения абактериальной среды гнойного очага в анализируемых подгрупп II А и II Б были идентичны.

Следует отметить, что более 90 % больных поступили, как и в предыдущей подгруппе, в сроки от двух суток до пяти дней после развития заболевания.

Динамический контроль уровня интоксикации организма больных II Б подгруппы выявил значительно ускоренный темп нормализации показателей, чем у больных в группе сравнения. В день поступления температура тела больных составила в среднем $38,9 \pm 0,08^{\circ}\text{C}$, МСМ крови была равна, в среднем $0,218 \pm 0,012$ ед., ЛИИ= $2,7 \pm 0,14$ и СОЭ= $49,8 \pm 2,24$. На третьи сутки лечения отмечено заметное снижение всех анализируемых показателей степени интоксикации, при этом температура тела в большинстве случаев была субфебрильной или нормальной. На 3-4 сутки лечения остальные показатели интоксикации: МСМ, L-крови, ЛИИ снизились почти до нормальных цифр, на 5-е сутки лечения, за исключением СОЭ крови, достоверно нормализовались. При дальнейшем лечении с применением абактериальной среды 25%-ым раствором диметилсульфоксида, к 9-10 суткам СОЭ крови также имела нормальные показатели.

Таким образом, сопоставляя показатели интоксикации организма больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти группы сравнения, предыдущей I Б подгруппы выявили, что температура тела больных, L – крови, ЛИИ и МСМ у больных II Б подгруппы на 3-4 сутки

лечения соответствовали 7-8 суткам группы сравнения, т.е. при применении местной абактериальной среды 25%-ным раствором диметилсульфоксида, показатели интоксикации регрессировали на 3-4 дня раньше, чем в группе сравнения.

Динамический контроль рН раневой среды, процент уменьшения раневой поверхности и показатели ПК белка по М. Ф. Мазурику выявили следующее: в день поступления исходный уровень рН раневой среды был низким – $4,1 \pm 0,24$ (ацидоз). Белок экссудата раны составил в среднем $54,7 \pm 2,62$ г/л. ПК по М.Ф.Мазурику при этом составил в среднем $0,9 \pm 0,04$. На третьи сутки лечения рН раневой среды восстановился до $5,6 \pm 0,28$, суточный процент уменьшения раневой поверхности был равен $2,4 \pm 0,14\%$, белок экссудата раны $43,6 \pm 2,28$ г/л, ПК по М.Ф.Мазурику был равен $1,4 \pm 0,07$.

На пятые сутки лечения все эти показатели были в пределах нормальных значений. Так рН раневой среды в среднем составлял $6,7 \pm 0,34$, процент уменьшения площади раневой поверхности за сутки составлял $3,2 \pm 0,16\%$. ПК по М.Ф.Мазурику был равен $1,6 \pm 0,06$.

Уже к 6-7 суткам рН раневой среды был достоверно нейтральным. Суточное уменьшение площади раневой поверхности составило $3,3 \pm 0,12\%$. Следует отметить, что нормализация указанных показателей раневого процесса у больных группы сравнения наблюдалась лишь на 9-10 сутки лечения. Как показывает наше исследование, при применении местной абактериальной среды 25%-ным раствором диметилсульфоксида, уже к 5-6 суткам лечения все показатели рН раневой среды и скорости заживления ран нормализовались. На наш взгляд, это, в основном, обусловлено положительным эффектом комплексного лечения с применением местной абактериальной среды 25%-ным раствором диметилсульфоксида.

Как и у больных предыдущей подгруппы, в этой подгруппе также, в большинстве случаев, выявлены *Staphylococcus spp.* – у 12 пациентов, из них у 5 (17,2%) в виде монокультуры и у 7 (24,1%) в ассоциациях, в 9 наблюдениях высевалась *Escherichia coli*, в 4 (13,7%) - в виде монокультуры и в 5 (17,2%) ассоциациях.

Следующими по частоте выявляемости были *Proteus* и *Pseudomonas aeruginosa* – по 4 наблюдений, затем следовали *Streptococcus* – 3 наблюдения, из них 1 (3,4%) в виде монокультуры, 2 (6,8%) в ассоциациях. *Enterococcus* высеяны в 3 наблюдениях: 1 (3,4%) случай в монокультуре и в 2 (6,8%) – в ассоциации.

Изучение динамики обсемененности ран на фоне комплексного лечения и применения местной абактериальной среды 25%-ным раствором диметилсульфоксида показало, что в момент поступления степень обсемененности была как у больных группы сравнения, т.е. достаточно высокой, в среднем составив 10^8 мт/г. Но в динамике на фоне комплексного лечения после хирургической обработки, применение местной абактериальной среды 25%-ным раствором диметилсульфоксида, на следующие сутки микробная обсемененность ран снизилась до 10^3 мт/г и уже на 3 сутки лечения эти цифры были ниже критического уровня и

соответствовали 10^2 мт/г ткани. Следует отметить, что подобные явления у больных группы сравнения достигались только на 4-5 сутки лечения.

На фоне комплексного лечения гнойных хирургических заболеваний кисти с применением местной абактериальной среды 25%-ным раствором диметилсульфоксида, сроки очищения ран от инфекции сократились до $2,0 \pm 0,5$ дней, что у больных группы сравнения отмечено лишь на $5,5 \pm 0,5$ сутки.

Рассасывание инфильтрата отмечалось через $2,0 \pm 0,3$ дня. Появление грануляций наблюдалось, в среднем, на $3,0 \pm 0,5$ день, эпителизации к $5,3 \pm 0,3$ дню. Сравнение этих показателей выявило, что при комплексном применении местной абактериальной среды 25%-ным раствором диметилсульфоксида, сроки рассасывания инфильтрата у больных II Б подгруппы достоверно опережают данные группы сравнения на 2 сутки, появление грануляции на 3-4 дня, начало появления эпителизации на 4-5 суток.

Применение местной абактериальной среды 25%-ным раствором диметилсульфоксида ран в комплексном лечении больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти способствовало полному очищению ран от инфекции уже к 2 суткам лечения. Ко 2-м суткам наблюдалось активное рассасывание инфильтрата вокруг ран.

Применение местной санации 25%-ным раствором диметилсульфоксида ран в комплексном лечении больных с гнойными ранами способствовало полному очищению ран от инфекции уже к 3 суткам лечения. Ко 2-м суткам наблюдалось активное рассасывание инфильтрата вокруг ран (рис. 4).

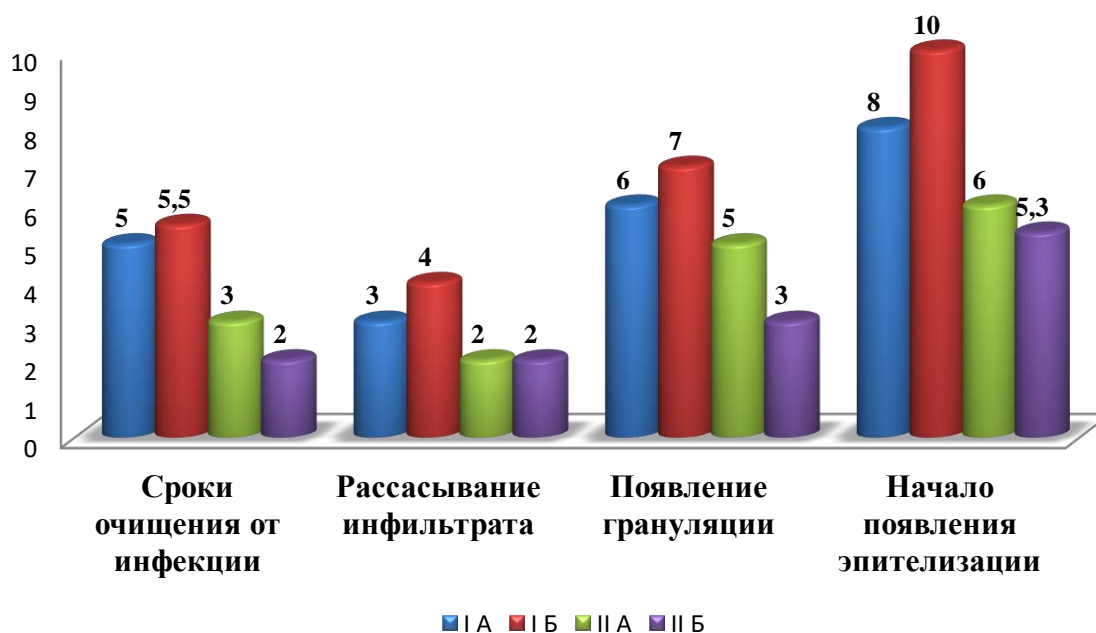


Рис. 4. Сравнительные данные по срокам очищения и заживления ран I А, I Б, II А и II Б подгрупп больных

ВЫВОДЫ

1. При лечении больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти при традиционном методе с использованием 25%-ного раствора диметилсульфоксида и мази левомеколь под марлевой повязкой отмечается позднее очищение раны от инфекции (лишь к 5-6-м суткам лечения), начало появления грануляции к 7-м суткам лечения, начало появления эпителизации к 10-м суткам лечения. Биохимические показатели раневого экссудата нормализуются только к 10-м суткам лечения. При этом средняя продолжительность амбулаторного лечения больных $13,5 \pm 0,8$ дней, что требует разработки дополнительных мероприятий, направленных на совершенствование методов лечения.

2. Применение местного лечения с абактериальной средой 25% -ным раствором диметилсульфоксида в комплексном лечении больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти сокращает сроки очищения ран от инфекции до $3,0 \pm 0,4$ суток лечения, рассасывание инфильтрата до $2,0 \pm 0,3$ суток, появления грануляций до $4,0 \pm 0,5$ суток, эпителизации до $5,0 \pm 0,5$. Все эти показатели на 3-4 дня опережают таковые при применении традиционной тактики лечения.

3. Применение абактериальной среды с 25%-ным раствором диметилсульфоксида при лечении гнойных хирургических заболеваний кисти является наиболее оптимальным. Так, если у больных I группы интоксикация исчезала к $10 \pm 0,6$ суткам, у больных II подгруппы к $6 \pm 0,5$ суткам, сроки очищения от инфекции при традиционном методе лечения составили $11 \pm 0,4$ дней, что при применении абактериальной среды составили $7 \pm 0,3$ дней. Все это способствует сокращению длительности сроков лечения на 2-3 дня, чем при традиционном методе у больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти.

4. С учетом результатов сравнительного анализа разработан оптимальный метод лечения больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти в амбулаторных условиях путем местного применения абактериальной среды с 25%-ным раствором диметилсульфоксида.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES
AT THE BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE

LATIPOV ORIF ZARIPOVICH

**IMPROVEMENT OF TREATMENT METHODS OF PURULENT
DISEASES OF THE BRUSH IN AMBULATORY CONDITIONS**

14.00.27 - Surgery

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION
OF DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) IN MEDICAL SCIENCES**

Bukhara – 2021

The theme of the doctor of philosophy (PhD) dissertation was registered at the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan in number B2021.3.PhD/Tib2159

The dissertation was made at the Bukhara state medical institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council (www.bsmi.uz) and on the Information and Educational Portal «ZiyoNet» (www.ziyo.net.uz).

Scientific supervisor: Safoev Bakodir Barnoevich
Doctor of medical sciences, professor

Official opponents: Gulyamov Olimjon Mirzaxitovich
Doctor of medical sciences
Teshaeв Oktyabr' Ruxillaevich
Doctor of medical sciences, professor


The leading organization: Tajik State Medical University
(Republic Tajikistan)

Defense will take place on «24» february 2022 at 12³⁰ at the meeting of Scientific Council DSc/PhD.04/30.12.2019.Tib.93.01 at the Bukhara State medical institute (address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone/fax: (+99865) 223-00-50; Phone: (+99865) 223-17-53, e-mail: buhmi@mail.ru).

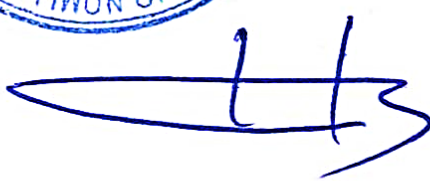
The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State medical institute (registered number №___). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on «10» february 2022 year
(mailing report №___ on «10» february 2022 year)




A. Sh. Inoyatov
Chairman of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

A. N. Achilova
Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy


N. A. Nuraliyev
Chairman of the scientific seminar of the scientific council on awarding of the scientific degrees, doctor of medical sciences, professor

INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

The aim of the research work improving the results of treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand by using an abacterial environment on an outpatient basis.

The object of the scientific research there were 148 patients with acute purulent surgical diseases of the hand who were treated in the family polyclinic of the Bukhara City Medical Association for the period 2016-2020.

The scientific novelty of the research work is as follows:

clinical studies have determined the effectiveness of the use of an abacterial environment in the treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand on an outpatient basis;

on the basis of clinical studies, the effectiveness of local application of an abacterial environment in the complex of treatment of patients with purulent-necrotic diseases of the hand was studied;

it has been shown that the abacterial environment predominantly affects wound cleansing and improves the reparative process and thereby reduces the treatment time for patients with purulent surgical diseases of the hand by 2-3 days;

an optimal scheme for the use of an abacterial environment has been developed as a method of treating patients with purulent surgical diseases of the hand.

Implementation of the research results. Based on the results of studies to improve the results of treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand by using an abacterial environment in the treatment of purulent surgical diseases of the hand:

The methodological recommendations "A method of treating wounds in patients with purulent surgical diseases of the hand" (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan №.8 nr / 1042 dated October 4, 2021). This methodological recommendation makes it possible to prevent complications in patients with purulent surgical diseases of the hand when using an abacterial environment;

Approved methodological recommendations "Method of treating patients with various forms of felon " (conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan №.8 nr / 1043 dated October 4, 2021). This methodological recommendation makes it possible to assess the dynamics of wound healing in patients with purulent surgical diseases of the hand;

The obtained research data to improve the results of treatment and diagnostics in practical health care, including the Bukhara city medical association, the Bukhara district medical association, the Kagan district medical association and the Gijduvan district medical association, have been introduced into the practical treatment and treatment activities. (Conclusion of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan №. 8 n-z/___ dated ____). In practice, experimental and clinical studies have revealed the effectiveness of an abacterial environment using a 25% solution of dimethyl sulfoxide after various etiology of purulent surgical diseases of the hand. As a result of the study, an optimal method for treating

patients with purulent-necrotic diseases of the hand and the use of an abacterial medium with a solution of dimethyl sulfoxide, which accelerates the phase change of the wound process and thereby leads to a 3-day reduction in the treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand, was developed.

The structure and volume of the dissertation. The thesis consists of an introduction, five chapters, conclusions, conclusions, practical recommendations and a list of references and applications. The volume of the thesis is 100 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАРИ РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Сафоев Б.Б., Латипов О.З., Болтаев Т.Ш. Современные подходы к лечению гнойных заболеваний кисти в амбулаторных условиях (обзор литературы) // Тиббиётда янги кун. – 2020, -№3(31). – С. 700-704 (14.00.00; № 22)
2. Латипов О.З., Сафоев Б.Б., Болтаев Т.Ш. Применение абактериальной среды в комплексном лечении больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти // Тиббиётда янги кун. – 2020, -№4(32). – С. 651-656 (14.00.00; № 22)
3. Латипов О.З., Сафоев Б.Б., Болтаев Т.Ш. Усовершенствованный способ лечения больных с различными формами панариция // Проблемы биологии и медицины. – 2021, № 5 (130) – С. 66-72. (14.00.00; № 19)
4. Safoev B.B., Boltaev T.SH., Latipov O.Z. Results of development of a new treatment method patients with panarizations // Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021, Vol. 25, Issue 4, 2021, Pages. 1838 – 1846. (Scopus).
5. Rakhimov A. Ya., Qurbonov O. M. Sagdullayeva G. U. Safoev 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. – 2019. December. - Vol 8, Issue 12. - P. 120-125. Impact Factor 6.882
6. Latipov O. Z., Boltaev T.SH. Optimal Method for Treatment of Purulent Diseases of the Brush in Ambulatory Conditions//International Journal of Discoveries and Innovations in Applied Sciences. – 2021, Vol. 1 Issue: 6, p.122-127. (Impact Factor).

II бўлим (II часть; part II)

7. Latipov O.Z., Safoev B.B., Boltaev T.SH. The use of an abacal medium in the complex treatment of patients with purulent surgical diseases of the hand // NOVATEUR PUBLICATIONS/ JournalNX- A Multidisciplinary Peer Reviewed Journal . – ISSN No: 2581 – 4230. Vol. 7, ISSUE 6, June. -2021
8. Boltaev T.SH., Safoev B.B., Borisov I.B., Latipov O.Z. Clinical and laboratory evaluation of application of the physical method of influence on purulent wounds of soft tissues // European research: innovation in science,

education and technology / collection of scientific articles. Ix international correspondence scientific and practical conference (London, United Kingdom, February 10-11, 2020). London. -2020. P.105-109.

9. Safojev B.B., Latipov O. Z., A new method for treatment of purulent diseases of fingers in ambulatory conditions // Innovation in the modern education system. –2021. Washington, USA 25th November. P.448-454.

10. Сафоев Б.Б., Латипов О.З., Болтаев Т.Ш. Результаты разработки нового метода лечения больных с панарициями // Материалы международной научно-практической конференции на тему “Актуальные вопросы хирургии толстой кишки”. 12-13 март – 2021. г. Андижан, Узбекистан. Том-1, – С. 153-158.

11. Latipov O.Z., Safojev B.B. Абактериальная среда в комплексном лечении больных с гнойно-некротическими заболеваниями кисти // Вухоро viloyat ko‘p tarmoqli tibbiyot markazining 130 yilligiga bag‘ishlangan ilmiy-amaliy anjuman “Zamonaviy tibbiyotning dolzarb muammolari va ularning yechimi”. 30 oktabr – 2021 y. Buxoro sh., O‘zbekiston. Tom-1, – С. 153-158.

12. Safojev B.B., Latipov O. Z., A new method for treatment of purulent diseases of fingers in ambulatory conditions //”Ta’lim tarbiya jarayoniga innovatsion yondashuvlar. Muammo va yechimlar” –2021. 1-jild noyabr 1-qism.

13. Латипов О.З., Сафоев Б.Б., Болтаев Т.Ш. Способ лечения ран у больных с гнойными хирургическими заболеваниями кисти // Методические рекомендации. Заключение Минздрава республики Узбекистан от № 8 н-р/1042 от 04 октябрь 2021 г. - 18 с.

14. Латипов О.З., Сафоев Б.Б., Болтаев Т.Ш. Метод лечения больных с различными формами панариция // Методические рекомендации. Заключение Минздрава республики Узбекистан от № 8 н-р/1043 от 04 октябрь 2021 г. - 18 с.

15. Латипов О.З., Сафоев Б.Б., Болтаев Т.Ш., Программа выбора тактики лечения гнойных заболеваний кисти с применением абактериальной среды // Свидетельство зарегистрировано в государственном реестре программ для ЭВМ РУ от 00.00.2021 г. № DGU 2021 0000.

Автореферат “Дурдона” нашриётида тахрирдан ўтказилди ҳамда ўзбек, рус ва инглиз тилларидаги матнларнинг мослиги текширилди.



Босишга рухсат этилди: 09.02.2022 йил. Бичими 60x84 ¹/₁₆, «Times New Roman» гарнитурда рақамли босма усулида босилди.
Шартли босма табоғи 3,0 Адади: 100 нусха. Буюртма №60

Гувоҳнома АИ №178. 08.12.2010.

“Садриддин Салим Бухорий” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 65 221-26-45