



Journal of Clinical and Fundamental Medical Research



KLINIK VA FUNDAMENTAL TIBBIYOT TADQIQOTLARI JURNALI



- *Klinik tibbiyot*
- *Jarrohlik va invaziv tibbiyot*



- *Diagnostika va laboratoriya tibbiyoti*
- *Profilaktik tibbiyot va jamoat salomatligi*



- *Farmakologiya va farmatsiya*
- *Fundamental va translatsion tibbiyot*
- *Ona va bola salomatligi*



innopublication.com



KLINIK VA FUNDAMENTAL TIBBIYOT TADQIQOTLARI JURNALI-ilmiy-uslubiy jurnali

VOLUME-1, ISSUE-8, 2026

Ushbu to'plamda **“KLINIK VA FUNDAMENTAL TIBBIYOT TADQIQOTLARI JURNALI”** ilmiy-uslubiy jurnalining 2026-yil 8-soniga qabul qilingan maqolalar nashr etilgan.

Bosh muharrir: Saliyev Dilmurod Qodirovich- Andijon davlat tibbiyot instituti Oilaviy shifokorlar tayyorlash kafedrasida dotsenti, Phd

Jurnal quyidagi sohalarda maqolalar qabul qiladi: Klinik tibbiyot, jarrohlik va invaziv tibbiyot, diagnostika va laboratoriya tibbiyoti, farmakologiya va farmatsiya, fundamental va translatsion tibbiyot, ona va bola salomatligi, profilaktik tibbiyot va jamoat salomatligi

Jurnal tarkibidagi barcha maqolalarga **DOI** unikal raqami biriktirilib, Google Scholar, Zenodo, Open Aire, Sindex xalqaro ilmiy bazalarida indekslandi.

Jurnal materiallaridan professor-o'qituvchilar, mustaqil izlanuvchilar, doktorantlar, magistrantlar, talabalar, litsey-kollej o'quvchilari, maktab o'qituvchilari, ilmiy xodimlar hamda barcha ilm-fanga qiziquvchilar foydalanishlari mumkin.

Eslatma! Jurnal materiallari to'plamiga kiritilgan ilmiy maqolalardagi raqamlar, hisobotlar, ma'lumotlar haqqoniylikiga va keltirilgan iqtiboslar to'g'riligiga mualliflar shaxsan javobgardirlar

“INNOVATIVE PUBLICATION” MAS'ULIYATI CHEKLANGAN JAMIYATI



Purulent-necrotic diseases of soft tissues in surgery complicated by sepsis

Abdullaev Rasuljon Nabievich

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of General Surgery and transplatoljii of the Andijan State Medical Institute.

Abdullaeva Malika Azimovna

Senior Lecturer of the Department of Obstetrics and Gynecology No1 of the Andijan State Medical Institute.

Ziyaeva Etiborkhon Rasuljonovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology No1 of the Andijan State Medical Institute.

Sobirova Mohichekhra Rasuljonovna

Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Tashkent Medical University.

Abstract

The article is devoted to the study of the results of complex treatment of sepsis in patients with purulent-necrotic soft tissue diseases by analyzing scientific materials obtained in 56 patients who were treated in the purulent surgery departments of the Andijan State Medical Institute in 2020–2025. A new step-by-step algorithm was used for the diagnosis and comprehensive treatment of sepsis with purulently necrotic soft tissue diseases.

Keywords

purulent-necrotic diseases of soft tissues, complicated by facial carbuncle, sepsis, Adenophlegmon of the neck, Fournier's disease.

Sepsis bilan asoratlangan jarrohlikda yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari

Abdullaev Rasuljon Nabievich - tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti Umumiy xirurgiya va transplatologiya kafedrası dotsenti.

Abdullaeva Malika Azimovna – Andijon davlat tibbiyot instituti 1-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası katta o'qituvchisi.

Ziyaeva E.R.- tibbiyot fanlari nomzodi, Andijon davlat tibbiyot instituti 1-sonli akusherlik va ginekologiya kafedrası dotsenti.

Sobirova M.R.- tibbiyot fanlari nomzodi, Toshkent tibbiyot universiteti Akusherlik va ginekologiya, bolalar kafedrası dotsenti.

Annotatsiya: Maqola yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda sepsisni kompleks davolash natijalarini 2020–2025 yillarda Andijan Davlat Tibbiyot Instituti yiringli jarrohlik bo'limlarida 56 ta bemorlardan olingan ilmiy materiallarni tahlil qilish orqali o'rganishga bag'ishlangan. Sepsisni yumshoq to'qimalar yiringli nekrotik kasalliklari bilan tashxislash va to'liq davolash uchun yangi bosqichma-bosqich kompleks qo'llanildi.

Kalit so'zlar: sepsis bilan asoratlangan yumshoq to'qimalardagi yiringli-nekrotik kasalliklari, yuzning karbunkuli, bo'yin adenoflegmoni, Fournye kasalligi.

Sepsis — bu zararlangan organ va sistemalarning jaroxat infeksiyasiga qarshi tizimli javob reaksiyasi bo'lib inson xayoti uchun xavfli asorat bo'lishi mumkin. Lekin shu kungacha sepsisning hujayra va molekulyar darajada organishlar qanday ta'sir qilishi to'liq o'rganilmagan. Kichik Osiyo, AQSh, Evropa olimlari sepsisning sichqon, xayvon modellari yordamida sepsisning patogenezini turli organlarda molekulyar, genetik ifodasidagi faktlarni aniqlash orqali tavsifladilar. Sepsisdagi, molekulyar o'zgarishlar deyarli bir xil ta'sir orqali amalga oshirilishini aniqlash mumkin. Ushbu jaroxatlanish omillarini neytrallashtirish sichqonlarda sepsisni keltirib chiqaruvchi lipopolisaxarid (LPS) ning o'limga olib keluvchi dozasini olishga imkon berdi va ularni tana haroratining pasayishidan himoya qildi[19,20]. Ushbu izlanishlar sepsik jaroxat va septik shok kelib chiqishida septik jaroxat omilining ahamiyatini aniqlashga yordam

berdi. Shu bilan birga, hayvonlarda septik shok rivojlanishini oldini olish qobiliyati neytrallashtiruvchi T-antitanachalari yoki eriydigan retseptorlar va oqsillar kiritilishi orqali T-antitanachalarini og'ir bakterial infeksiyalarda zararli toksik ta'sir ko'rsatadigan vositachi sifatida taqdim etdi [8,16]. Xozirgi davrda rivojlangan mamlakatlarda antibiotiklarni qo'llash eng yuqori darajada mukammallashgan bo'lsada sepsis statistikasi o'smoqda va undan o'lim ko'rsatkichi o'rtacha 45-54%ni tashkil etmoqda. Eng rivojlangan AQShda har yili bir milliondan ortiq odam sepsis bilan kasallanadi va bu bemorlarning 48-54% vafot etadi; ushbu raqam MDH mamlakatlariga ham mos keladi — Rossiya, O'zbekiston, Belarusda o'lim darajasi 34-48% gacha, septik shokda esa bemorlarning 90% gacha miqdori xalok bo'ladi. [1, 4, 5]. Fransuz olimi Bone o'zining sepsis ustida o'tkazgan 40 yillik davolash tajribalari asosida sepsisning diagnostikasida chuqur o'zgarishlar xosil qildi va u hastalikni chastotasi haqidagi fikrlarni qayta ko'rib chiqishimizga majbur qildi. ushbu ko'rsatkichlarning tez o'sishiga olib keldi, shuningdek, bu Sepsis muammosini faqat qonda mikroorganizmlarni aniqlashdan kengroq ko'rib chiqish xaqidagi taklifi sepsisning miqdorini juda tez o'sishiga va bu davolash uchun barcha mumkin bo'lgan davolash usullarini qo'llash imkonini berdi. Sepsisni davolash uchun yangi usullar va keng qamrovli dasturlar ishlab chiqildi, ayniqsa yiringli-septik asoratlarga ega bemorlarda, qandli diabet kasalligi va yumshoq to'qima yiringli-nekrotik infeksiyalari bilan kasallangan bemorlarda [2, 3,6, 13]. Sepsisning sababchilari patogen, imkoniyatdan foydalanuvchi mikroorganizmlar bo'lishi mumkin: asosan tillarang va epidermal stafilokokklar, pnevmokokklar, meningokokklar, Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Mycobacterium tuberculosis, Klebsiella va boshqalar; gerpetiform guruh viruslari va boshqalar; Candida, Aspergillus kabi zamburug'lar [7, 9, 12, 19,20] xam rol o'ynaydi.

Biroq, sepsis umuman immunitet buzilishi natijasida emas, balki uning bog'lanishlaridan birining buzilishi natijasida yuzaga keladi, natijada antitanachalar ishlab chiqarilishi, leykotsitlar faqozitar faolligi yoki limfotsitlar ishlab chiqarish

faolligi pasayadi. Shuning uchun, ko'pchilik hollarda sepsis kelib chiqishiga bitta patogen sabab bo'ladi, uning ko'payishi odatda immun javob tomonidan to'xtatiladi. Bir kasallik davomida patogenlarning o'zgarishi istisno hisoblanadi, lekin bu aniqlangan qoida emas[9,11,19]. Bir nechta patogenlarning bir vaqtda birga kelishi ularning o'zgarishi tsitostatik preparatlardan foydalanish natijasida immunosuppressiya, suyak iligi aplaziyasi yoki leykemik shikastlanish natijasida gemapoezning pasayishi, kuchli quyosh nuri va quyoshda toblanish ta'sirida kuzatiladi, bu esa immun javobni bir necha darajada keskin bostiradi, pasaytiradi. Takroriy septik bakterial infeksiya hujumi komplement C2, properdin va komplement tizimining boshqa omillarining irsiy nuqsonlari namoyon bo'lishi bilan kuzatiladi. Og'ir immunitet nuqsonlari bilan, ko'pincha imkoniyatdan foydalanuvchi flora va saprofitlar sababli yuzaga keladigan opportunistik infeksiyalar yuzaga keladi. Septik holatlarning taxminan 10% patogenlarning kombinatsiyasi natijasida yuzaga keladi. Polimikrobial sepsis talog'ning yo'qligi bilan bog'liq immun tizimi buzilishida, ya'ni OITSda hujayrali (T-yordamchi) immun tizimining buzilishida yuzaga keladi[9, 12]. Immun yetishmovchiligining aniq sabablari bo'lmagan kattalar va bolalarda (tsitostatik, steroid terapiyasi va boshqalar) sepsisning sababchisi ko'pincha stafilokokk yoki pnevmokokk, kamroq hollarda esa meningokokk bo'ladi [4,6, 18]. Tsitostatik terapiya fonida (ayniqsa nozokomial infeksiya holatlarida) gram-manfiy mikroflora (ichak yoki *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus*) muhim rol o'ynaydi. Limfopropiferativ o'simtalar va limfogranulomatoz antiviral immunitetning buzilishi bilan birga keladi, bu esa sepsisgacha bo'lgan umumiy gerpetik infeksiyalarga (suvchechak, herpes zoster, herpes simplex) olib keladi. Agar neytrofilyoz irsiy neytropeniya natijasida buzilganda, stafilokokk infeksiyalari takrorlanadi, ba'zida stafilokokk sepsis rivojlanishi bilan birga kechadi. Steroid gormonlarning uzoq muddatli qo'llanilishida surunkali yoki o'tkir bakterial septik jarayonlar va tuberkulyoz sepsisi yuzaga kelishi mumkin[4, 6, 15].

Sepsisning klinik tasviri patogen, infeksiya manbasi va immunitet holatiga bog'liq. Kasallikning boshlanishi kuchli bo'lib, hayratlanarli sovuq titrash, gipertermiya, miyalgiya, gemorragik yoki papular toshma, yoki asta-sekin mastlik va tana haroratining asta-sekin oshishi bilan boshlanishi mumkin. Sepsisning tez-tez uchraydigan, ammo noaniq belgilariga taloq va jigar kattalashi, sovuqdan keyin kuchli terlash, kuchli zaiflik, jismoniy faoliyatsizlik, anoreksiya va qabziyat kiradi. Antibakterial terapiya bo'lmasa, sepsis odatda barcha organ va tizimlarning bir nechta kasalliklaridan o'lim bilan yakunlanadi. Tromboz (ayniqsa oyoq tomirlarida) gemorragik sindrom bilan birga kechishi xarakterlidir [8, 9]. Kasallik boshlanganidan 2-4 hafta o'tib, harorat pasayishi va zaharlanishning pasayishi fonida yetarli antibakterial terapiya qo'llanilganda, artralji (poliartrit rivojlanishigacha), glomerulonefrit belgilari (oqsil, qizil qon hujayralari, siydikda quyma), poliserozot (plevra ishqalanish shovqini, perikardial ishqalanish shovqini) va miyokardit (taxikardiya) belgilari paydo bo'ladi, gallop ritmi, o'pka arteriyasining yuqori qismida yoki o'pka arteriyasida o'tkinchi sistolik shovqin, yurakning nisbiy xiralik chegaralarining kengayishi, T to'lqinining kamayishi yoki hatto salbiyligi va ST segmentining pastga siljishi, asosan old torakal yo'llarda). Ushbu simptomlar, septik jarayonning asosiy ko'rsatkichlari yaxshilanishi fonida va immun komplekslar patologiyasi bilan bog'liq bo'lib, septik, bakterial patologiyaning o'zi bilan adashtirilmasligi kerak. So'nggi kasallikning asosiy namoyon bo'lishlari kasallikning dastlabki kunlarida yuz beradi va ma'lum bir organda yiring-septik jarayonning barcha belgilari bilan tavsiflanadi (yiringli miokardit, endokardit, o'pka va buyraklarga septik zarar yetkazilgan variantlar). Sepsisni davolashda keng ko'lamli antibakterial terapiya va tarqalgan intravaskulyar koagulyatsiyaga qarshi kurash hal qiluvchi rol o'ynaydi. Og'ir disseminatsiyalangan intravaskulyar koagulyatsiya sindromi va nafas olish qiyinligi sindromida interstitsial shish sababli ko'p disk shaklidagi atelektaz va o'pkada barqaror bo'lmagan polimorfik soyalar kuzatiladi. Shunga o'xshash o'zgarishlar og'ir sepsisda ham kuzatiladi, sababchisidan qat'i nazar, va yakka rentgenografiyada ular

pnevmoniyadan deyarli farqlanmaydi. Biroq, yallig'lanishli soylar doimiylik bilan tavsiflanadi, to`qimalararo shish soylari esa o'tkinchilik bilan tavsiflanadi.

Har qanday og'ir yallig'lanish jarayonining boshlanishi, titrash va yuqori tana harorati bilan birga, birinchi qarashda sepsis boshlanishidan oson ajratib bo'lmaydi. Biroq, haroratning tez ko'tarilishi, 39-40 (C), hayratlanarli sovuq titrash, monoorgan patologiyasi aniq bo'lmagan umumiy jiddiy holat, yuqori leykositoz va 20-30% gacha chappa siljishi bilan DIC sindromining klinik va laboratoriya belgilarini sepsis tashxislash va tegishli intensiv yordam ko'rsatish uchun yetarli asosdir. Sepsis tashxisini aniq bir patogen bilan bog'lash juda muhim, chunki bakteriostatik, virusga qarshi yoki antizamburug' terapiyasi qat'iy ravishda o'ziga xosdir. Etiologik tashxis qo'yish juda qiyin va har doim ham imkonsiz. Qon tahlili va 50-60% holatlarda maxsus bakterial antigenlarni aniqlash kasallikning dastlabki kunlarida, ayniqsa aniq davolash usullari belgilanganda, patogenning tabiati haqidagi savolga javob bermaydi. Sepsis tashxisi patogenning tabiatini aniqlash bilan birga har kuni qon tahlili, kasallikning dastlabki kunlaridagi salbiy javoblardan qat'i nazar, va davom etayotgan antibakterial terapiyani o'z ichiga oladi, bu esa ijobiy tahlil natijalari ehtimolini tobora kamaytiradi. Sepsisning sababchisini aniqlashda muhim rol kasallikning klinik tasviri va uning dastlabki simptomlari xususiyatlaridir. Stafilokok sepsis klinik ko`rinishi - kuchli sovuq titrash, yuqori isitma va mushak hamda suyaklarda og'riq bilan tavsiflanadi.. Odatda, bu holatda, terida qon oqmaydigan donador qontalashlar ko'rinadi, ba'zida ular yuqori qismida mayda pufakchalar hosil bo'ladi. Bemorlarning umumiy holati jiddiy, lekin chuqur umumiy depressiya yo'q, ong tiniq, bemorlar o'z his-tuyg'ulari haqida aniq gapirishadi [3, 5, 16]. O'pka rentgenlari ko'pincha deyarli bir xil o'lcham va zichlikdagi bir nechta bulutga o'xshash soylarni ko'rsatadi, ular keyinchalik birlashib, notekis fokuslar va parchalanish zonalarini hosil qiladi. Jarayon boshida quruq yo'tal kuzatiladi, so'ngra ko'p sariq balg'am chiqib, nam bo'ladi. Natijada hosil bo'lgan o'pka absessi plevraga singib ketishi va empyema rivojlanishi mumkin. Mialgiya ko'pincha

mushaklardagi mikroabsseslar natijasidir. Kelajakda bir nechta flegmonalar, osteomielitik markazlari, jigar, buyraklar va boshqa organlarning absstseslari hosil bo'lishi mumkin.

Yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan bemorlarda sepsisni murakkab tashxislash va davolash uchun yangi davolash ketma-ketligini yaratish **maqsadida** biz ushbu tadqiqotlarni o'tkazdik.

Biz o'z oldimizga quyidagi vazifalarni qo'ydik:

- yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan bemorlarda jarrohlik sepsis uchun terapevtik choralar kompleksini yaratish;
- ushbu kasalliklarda sepsisni murakkab diagnostika va davolash uchun algoritmlar bosqichlarini ishlab chiqish va klinik amaliyotda qo'llash.

Tekshiruv usullari va olingan ma'lumotlar. Amaliyotga tadbiq etish ADTI klinikasining yiringli jarrohlik bo'limlari va Andijan viloyati mintaqaviy kattalar sog'liqni saqlash markazida ushbu tadqiqotlar yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan 56 ta bemorda o'tkazildi. Bu bemorlar – yuz sohasi va boshqa karbunkullar – 16ta bemor; yumshoq to'qimalarning nekrotik balgmonalari – 23ta bemor; Fournier kasalligi - skrotum va perineum to'qimalarining yiringli-nekrotik chiriishi - 6 bemor, jarrohlikdan keyingi jarohatlarda yiringli-nekrotik jarayonlari – 11 bemor.

Bu bemorlar davolash va o'rganish uch guruhga bo'lib amalga oshirildi:

16 bemor an'anaviy davolash oldi (retrospektiv guruh);

14 bemor murakkab davolash oldi;

26 bemor murakkab davolash va bosqichma-bosqich rehabilitatsiya oldi.

Bemorlarda qon va siydikning umumiy klinik tekshiruvlari, biokimyoviy o'zgarishlar, qon shakaridagi kunlik o'zgarishlar dinamikasi, jarohat qo'zg'tuvchilari va ajrilmalari orqali yiringli-nekroz jarayonlarining patogenlarini aniqlash, shuningdek, [1,2].

Yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan bemorlarda jarrohlik sepsisini davolash uchun bir qator terapevtik choralar kompleksi qo'llanilishi natijasida, biz ishlab chiqilgan davolash algoritmlari bosqichlarida quyidagi natijalar olindi: sepsisning klinik belgilari, ya'ni tananing chuqur zaharlanishi belgilari yanada silliq davom etdi, ensefalopatiya belgilari aniqlanmadi, ongni yo'qotmagan, termometriya ko'rsatkichlari $39,3 \pm 0,4$ °C bo'lgan, nazorat guruhidagi bemorlarda esa septik zaharlilik va ensefalopatiya belgilari yanada aniqroq bo'lgan, septik shokning barcha belgilarida ongni yo'qotgan va yangi septiskopiemik o'choqlar paydo bo'lishi bilan termometriya ko'rsatkichlari $40,3 \pm 0,4$ °C bo'lgan. Davolashdan oldingi laboratoriya testlari barcha bemorlarda katta o'zgarishlar borligini ko'rsatdi, o'rtacha va og'ir darajadagi toksik anemiya, gipoproteinemiya, gipoalbuminemiya, gipergammaglobinemiya tufayli oqsillarning globulyar fraksiyasining oshishi. An'anaviy sepsis terapiyasi bilan gemoglobin darajasi 16% ga oshdi, periferik qondagi oq qon hujayralari soni 25% ga kamaydi, eritrotsitlar cho'kish tezligi yarmiga kamaydi va tana harorati subfebril darajaga qaytdi. Ratsional antibiotik terapiyasi bilan keng qamrovli davolash olgan bemorlarda bu ko'rsatkichlar mos ravishda yuqori bo'ldi: gemoglobin 30% ga oshdi, oq qon hujayralari soni 38% ga kamaydi, ECHT uch barobar kamaydi va harorat normal holatga qaytdi. Taklif etilgan bosqichma-bosqich reabilitatsiya algoritmi bilan bu ko'rsatkichlar yanada yaxshilandi: gemoglobin 45% ga oshdi, oq qon hujayralari soni yarmiga kamaydi, ECHT va tana harorati normal holatga qaytdi. Bu ko'rsatkichlar statsionar davolashdan $14 \pm 3,7$ kun o'tib olingan(jadvallar 1-2).

Jadval 1.

Yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan bemorlarda periferik qon ko'rsatkichlarini taqqoslash

No	Gurux nomi	Be m.s oni:	Hemoglobi n	Leukocytlar	ECHT	Tana harorati

			Dav .cha	Dav. keyin	Dav. cha	Dav. keyin	Dav. cha	Dav. keyin	Dav. cha	Dav. keyin
1.	An'anaviy davolash olgan bemorlar	16	56± 13	76± 7	14,6 ±4,1	8,8± 1,3	46 ±4,7	21 ±1,2	40,7 ±1,3	37,9 ±0,9
2.	To'liq davolangan bemorlar.	14	4,3 ±7	97± 8	13,5 ±3,2	6,8± 0,7	49 ±4,3	17 ±0,9	40,8 ±1,6	36,9 ±0,3
3.	Bosqichma-bosqich reabilitatsiya bilan keng qamrovli davolash olgan bemorlar.	26	56± 4	94± 5	12,9 ± 2,4	5,7± 0,6	44 ± 2,5	13 ± 0,5	39,8 ± 2,3	36,3 ± 0,2

Jadval 2.

Yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan bemorlarda oqsil metabolizmi ko'rsatkichlarini taqqoslash

No	Gurux nomi	Bem. soni:	Albumin Mg/ml	γ-globulin %	β-globulin %
1.	An'anaviy davolash olgan bemorlar	16	54,4±0,7	6,3±0,4	9,7±0,3
2.	To'liq davolangan bemorlar.	40	38,9±0,5	7,7±0,6	8,8±0,7
3.	Bosqichma-bosqich reabilitatsiya bilan keng qamrovli davolash olgan bemorlar.	26	61,6±0,6	7,9±0,4	9,2±0,8

An'anaviy davolashni olgan bemorlar, standart qisqa muddatli operatsiyadan oldingi terapiya, jumladan tomir va mushak ichidagi antibiotiklar, detoksifikatsiya vositalari va vitamin terapiyasini olgan, ikkinchi guruh, 10 (35,7%) bemor, shuningdek, antibiotik terapiyasi bilan birga, jarrohlikdan 5-8 kun oldin konservativ infuziya

terapiyasi, jumladan antibiotiklar, oqsil, antioksidant, membrana-tropik, immunocorrectiv, detoksifikatsiya va vitamin terapiyasini olgan. Membranotropik terapiya tokoferol asetat (200-300 mg mushak ichida), Essentiale (200 ml 5% glyukoza eritmasi uchun 10.0 ml), reosorbilat 250.0 har biridan, askorbin kislota (10.0 ml 5% glyukoza eritmasidan 2-3 marta intravenoz insulin bilan) iborat edi. Detoksifikatsiya terapiyasi 5% glyukoza eritmasini insulin va fiziologik eritmalar bilan infuziya qilish hamda majburiy diurezni o'z ichiga olgan. Uchinchi guruhda esa curantil (0,15 g/kun), trental (0,5 g/kun), reopoliglyutsin tomir ichiga tomchilar (400 ml/kun) 3-4 kunlik kurslarda ajratilgan terapiya uchun ishlatilgan. Immunologik buzilishlarni tuzatish immunoglobulin, T-aktivin kiritish orqali amalga oshirildi, uchinchi guruhda esa maxsus yuqori immunizatsiyalangan anti-stafilokok plazmasi va gamma globulin qo'llanildi. Vitamin terapiyasi har uchchala guruhda C vitamini, A va B vitaminlari qo'shilishi bilan amalga oshirildi. Sepsisning asosiy yiringli yo'nalishini jarrohlik bilan davolash, shuningdek, ba'zi septicopyemik ikkilamchi shikastlanishlar va yiringli bo'shliqlarning tashqi drenaji amalga oshirildi. Ikkala guruhdagi bemorlar keyinchalik organlar va tizimlarning buzilgan funksiyalarini tiklash uchun reabilitatsiya choralaridan o'tdi.

Davolashning yetarliligining birinchi belgilari zaiflikning kamayishi, sovuq titrashning yo'qolishi va ishtahaning paydo bo'lishidir, garchi tana harorati bir necha kun davomida yuqori bo'lishi mumkin, faqat pasayish tendensiyasini ko'rsatadi. Sepsisning birlamchi yiringli yo'nalishi, shuningdek, ba'zi septiskopiemik ikkilamchi shikastlanishlar va yiringli bo'shliqlarning tashqi drenajini jarrohlik bilan davolash o'tkazildi. Barcha guruhdagi bemorlar keyinchalik organlar va tizimlarning buzilgan funksiyalarini tiklash uchun reabilitatsiya choralaridan o'tdi.

Penitsillin preparatini muddatidan oldin to'xtatish isitmaning qaytalanishi, umumiy holatning yomonlashishi va sovuq tortishning qayta boshlanishi bilan namoyon bo'ladi. Bularning barchasi antibiotikni o'zgartirmaslik, balki katta dozalarda penitsillin bilan

davolashga qaytishni talab qiladi (kattalar uchun pnevmokok va meningokok sepsisi uchun odatdagi penitsillin dozasi, kuniga 20,000,000-24,000,000 birlik, sezilarli darajada oshirilmasligi kerak, chunki kuniga 30,000 000-40,000,000 birlik dozada trombositlarning parchalanishi natijasida og'ir gemoliz, pansitoliz yoki gemorragik sindrom rivojlanishi mumkin). Pnevmonokok sepsisining xususiyati kasallikning past og'irligi yoki aniq organ belgilarining umuman yo'qligidir, garchi bu turdagi sepsis ham boshqa turdagi immun kompleks sindromi bilan murakkablashishi mumkin.

XULOSA: 1. Yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan bemorlarda jarrohlik sepsis uchun har bir bemorni alohida davolash yondashuvi zarur.

2. Yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan bemorlarda jarrohlik sepsisini davolashda antibiotik terapiyasi davolash tugaguncha ikki turdagi sinergistik antibiotiklarning yuqori dozasi o'tkazilishi kerak.

3. Yumshoq to'qimalarning yiringli-nekrotik kasalliklari bo'lgan bemorlarda jarrohlik sepsisini davolashda murakkab davolash uchun algoritmlar bosqichlarini ishlab chiqish zarur.

ADABIYOT.

1. Abdullayev R.N. «Diabetik oyoq sindromi bo'lgan bemorlarda yiringli - nekrotik asoratlarni davolash o'ziga xosliklari.» Amerika Tibbiyot Fanlari va Farmatsevtika Tadqiqotlari Jurnali (TAJMSPr). 3-jild, 06-son, 2021, 116-121

2. Abdullaev R.N., Abdullaeva M.A./New direction in the treatment of diabetic foot//RE-HEALTH JOURNAL. 2022, №2(14), pp.239-245.

3. Abdullayev R.N. «Diabetik oyoq sindromi bo'lgan bemorlarda yiringli - nekrotik asoratlarni davolash o'ziga xosliklari.» Amerika Tibbiyot Fanlari va Farmatsevtika Tadqiqotlari Jurnali (TAJMSPr). 3-jild, 06-son, 2021, 116-121.

4. Abdullayev R.N./Qandli diabetda oyoqlarning yiringli-nekrotik shikastlanishlarini davolash taktikasi.//Tibbiyotda yangi kun.2022 No6(44),543-549-betlar

5. Абдуллаев Р.Н., Касымов А.Л., Абдуллаева М.А., Икрамова Ф.Д. /Комплексное лечение сепсиса при гнойно- некротических осложнениях сахарного диабета.// Сборник материалов конференции Ассоциации общих хирургов, приуроченной к юбилею кафедры общей хирургии ЯГМУ. **НЕСТИРАЕМЫЕ СКРИЖАЛИ: СЕПСИС ЕТ СЕТЕРА** Ярославль, 2020.

6. Abdullaev R.N., Abdullaeva M.A., Ziyayeva E`.R., Sobirova M.R./ Page Purulent-necrotic complications of diabetes mellitus a new treatment tactic. // EduVision: Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 11, November 2025 brightmindpublishing.com ISSN (E): 3061-69723P. 319-328. Licensed under CC BY 4.0 a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

7. 7.Abdullayev R.N./Qandli diabetda oyoqlarning yiringli-nekrotik shikastlanishlarini davolash taktikasi.//Tibbiyotda yangi kun.2022 No6(44),543-549-betlar

8. Adem P., Montgomery L., Hussein A. / Bolalarda Staphylococcus aureus va Waterhouse-Friderichsen sindromi sababli sepsis. Ko'krak saratoni. 2006;11:834.

9. Beloborodov V.B./Sepsis klinik tibbiyotning zamonaviy muammosidir. RMJ, 2022. No. 5.342-355. Beloborodov V.B. / Stafilokokklar sababli bakteriemiya va sepsisni davolashda yangi imkoniyatlar. // "Klinik tibbiyot" » 2014г. No3. С. 43-47.

10. Gruver K.P., Beloborodov V.B./ Clinical significance of bacteremia in patients with sepsis. //Clinical microbiology and antibacterial chemotherapy. 2011; 13(1): 90–97.

11. Hotchkiss Richard S., Moldawer Lyle L, Opal Steven M. Sepsis and septic shock. // Nature Reviews Disease Primers. 2016; N 2: 1. P. 1 – 21.

12. Lopatin A.F., Redkin I.V., Samoilenko V.V.et all./ The role of antithrombin in diagnosis and treatment of sepsis ©.// Anesthesiology and resuscitation.2018;(3):19-24 <https://doi.org/10.17116/anaesthesiology201803119>

13. Makatsaria A.D., Serov V.N., Sukontseva T.A. and others/Issues of the pathogenesis of coagulopathy in septic shock.// *Obstetrics and Gynecology* No. 10 / 2019. P. 13-21. DOI: <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2019.10.13-21>.
14. Ramachandran Cirish. /Gram-positive and gram-negative bacterial toxins in sepsis // *Virulence*. 2013; 5 (1). P. 213–218. <https://doi.org/10.4161/viru.27024/>
15. Rybak M.J., Leonard S.N., Rossi K.L., Cheung C.M., Sader H.S., Jones R.N. Characterization of vancomycin-heteroresistant *Staphylococcus aureus* from the metropolitan area of Detroit, Michigan, over a 22-year period (1986 to 2007). *J. Clin. Microbiol.* 2008; 46: 2950–4.
16. Ruotsalainen E., Jarvinen A., Koivula I. et al. Levofloxacin does not decrease mortality in *Staphylococcus aureus* bacteraemia when added to the standard treatment: a prospective and randomized clinical trial of 381 patients. *J. Intern. Med.* 2006; 259: 179–90.
17. Shapkin Yu.G., Maslyakov V.V., Yu.V.Chalyk Yu.V. Postsplenectomy sepsis. // “*Bulletin of Surgery*”•2009.No.3. P.68-70.
18. Siuger D. Post-splenectomy sepsis in pediatric pathology.— Chicago: Year Book Med., 1976.—P. 235–311.
19. Takahama M., et al. A pairwise cytokine code explains the organism-wide response to sepsis. // *Nat Immunol* (2024). DOI: 10.1038/s41590-023-01722-8/.
20. Yiu HH, Graham AL, Stengel RF (2012) Dynamics of a cytokine storm.// *PLoS One*, 7:e45027.

Clinical methods for early diagnosis of chronic salpingo-oophoritis complicated by chronic pelvic pain syndrome and its significance in the pathogenesis of this disease

Ziyaeva Etiborkhon Rasuljonovna

Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1,
Andijan State Medical Institute

Abdullaeva Malika Azimovna

Senior Lecturer of the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1, Andijan
State Medical Institute.

Abdullayev Rasuljon Nabievich

Associate Professor of the Department of General Surgery and Transplantology,
Andijan State Medical Institute.

Sobirova Mohichekhra Rasuljonovna

Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology, Pediatric
Gynecology, Tashkent State Medical University.

Abstract

The article presents a retrospective analysis of 243 patients with chronic salpingo-oophoritis complicated by chronic pelvic pain syndrome, and this clinical analysis examines the pathogenesis of pelvic pain syndrome.

Keywords

chronic pelvic pain syndrome, microcirculation, microbiocenosis.

Surunkali salpingoophoritning surunkali tos og'rig'i sindromi bilan asoratlanishi-ning erta tashxislash klinik usuli va ushbu kasallikni patogenezidagi ahamiyati

Ziyaeva Etiborkhon Rasuljonovna Andijon davlat tibbiyot instituti 1-sonli
akusherlik va ginekologiya kafedrasida doqenti

Abdullaeva Malika Azimovna Andijon davlat tibbiyot instituti 1-sonli
akusherlik va ginekologiya katta o'qituvchisi.



Abdullayev Rasuljon Nabievich Andijon davlat tibbiyot instituti umumiy
jarroxlik va transplantologiya kafedrası doçenti.

Sobirova Mohichexra Rasuljonovna Toshkent Davlat tibbiyot universiteti
akusherlik va ginekologiya, bolalar ginekologiyasi kafedrası doçenti.

Annotatsiya. Maqolada Surunkali salpingooforit surunkali tos og'rig'i sindromi bilan asoratlangan 243ta bemorning retrospektiv tahlili keltirilgan bo'lib, ushbu klinik taxlilda tos og'rig'i sindromi kelib chiqishi patogeneziga nazar tashlangan. Kalit so'zlar: surunkali tos og'rig'i sindromi, mikrosirkulyatsiya, mikrobiotsenoz.

KIRISH

Surunkali salpingooforit (SSO) ayollar ginekologik xastaliklari orasida keng tarqalgan kasalliklardan biridir. Bu kasallik reproduktiv yoshdagi ayollarning 30% dan ortig'iga uchraydi [1,2,3,4,5,21]. Bu kasallik barcha millat va elatlarga mansub ayollar uchun bepushtlik rivojlanishidan tortib, tos og'rig'igacha bo'lgan turli xil ogqir asoratlarni keltirib chiqarishi bilan ajralib turadigan kasallik hisoblanadi. Og'riq chanoq retseptorlaridan miyaga etib boruvchi impulslardir. Tabiat og'riq mexanizmini inson organizmidagi qaltis muammo borligini tushunishimiz yaratgan. "Surunkali tos og'rig'i sindromi"(STOS) tashxisi tos a'zolari, perineum, sakrum, suprapubik sohada, kindik ostidagi qorinda og'riq bo'lsa qo'yiladi. Bu holda og'riq hayz ko'rish bilan bog'liq emas va bu holat 6 oydan ortiq davom etsagina tashxis qo'yiladi [7,8,10,11,12,13,14,18]. SSO va uning asoratlarini uzoq vaqt davomida irratsional davolash qin, bachadon bo'yni va siydik chiqarish kanalining normal mikroflorasining tarkibida o'zgarishlarning rivojlanishiga, ya'ni surunkali yallig'lanishning rivojlanishiga yordam beradigan mikrobiotsenozning buzilishiga olib keladi [6]. Og'riq sababi organik yoki yuqumli kasalliklar bo'lishi mumkin va SSO STOS bilan asoratlanishi deb ataladi. Ba'zi hollarda hech qanday patologiya topilmaydi yoki og'riqning og'irligi tasdiqlangan o'zgarishlarning og'irligiga mos kelmaydi. Bunday hollarda STOS tashxisi qo'yiladi. Qon mikrosirkulyatsiyasining buzilishi va asab tizimining yuqori qo'zg'aluvchanligi

STOS rivojlanishida rol o'ynaydi. Kislorod va ozuqa moddalari yetishmasligi sharoitida asab uchlari miya tomonidan og'riqli deb qabul qilinadigan impulslarni uzatadi. Surunkali tos og'rig'i juda keng tarqalgan patologiya hisoblanadi, chunki reproduktiv yoshdagi ayollarning 4-25 foizida surunkali tos og'rig'i tashxisi qo'yilgan. AQShda ayollarning 5-15 foizi og'riq sindromi borligini xabar qilinadi, Buyuk Britaniyada esa 1000 ayoldan 38 nafarida tegishli tashxis qo'yilgan. JSST ma'lumotlariga ko'ra, bu SSO va ushbu sindrom ginekologik bemorlarda eng ko'p uchraydigan va shu bilan birga tashxis qo'yish eng qiyin bo'lgan sindrom bo'lib, ginekologga murojaat qilgan ayollarda barcha patologiyalarning taxminan 10 foizini tashkil qiladi. Har yili ayollarning 60% dan ortig'i aynan tos sohasidagi og'riqlar tufayli akusher-ginekologga murojaat qilishadi. Surunkali tos sohasidagi og'riq ginekologik (73,1%), operatsiya qilingan ayollarning 65-73% da uchraydigan operatsiyadan keyingi bitishmalar, ekstragenital kasalliklar (21,9%) va boshqa har qanday ruhiy kasalliklarga (1,1%) qaraganda ancha keng tarqalgan alomatdir. Mustaqil nozologik yoki sindromik ahamiyatga ega bo'lish ham kam uchraydi (1,5%) [5,7,8, 14,15,16]. Surunkali tos sohasidagi og'riqning sabablari ko'plab kasalliklardan kelib chiqadi, ular quyidagilar bilan ajralib turadi:

1. Kasallikni qo'zg'atuvchi organik sabablar:
2. Reprodukativ tizim organlarining yallig'lanish kasalliklari, masalan: salpingo-oofrit, endometrit, servitsit;
3. Xavfsiz va xavfli o'smalar, kistalar;
4. Endometrioz - endometriyal to'qimaning (bachadon ichki qoplamasi) atipik joylarda, ya'ni boshqa organlarda paydo bo'lishi;
5. Tos bo'shlig'idagi bitishmalar;
6. Tos bo'shlig'ining varikoz tomirlari;
7. Urologik kasalliklar: urolitiaz, sistit, pielonefrit;
8. Ichak patologiyasi;
9. lumbosakral osteoxondroz.

10. Organik sababsiz kasallik 2% dan kam hollarda aniqlanadi. Bu beqaror hissiy holat, gipoxondriya, asabiylashishga moyillik, nevrasteniya, depressiyaga ega odamlarga xosdir [7,8,9,11,13,14,15,16,22].

Klinik ko'rinishlariga qarab, surunkali tos og'rig'i sindromini quyidagicha ajratish mumkin:

- Tosning o'ziga xos og'rig'i - qorinning pastki qismida, chov sohalorida, belning pastki qismida og'riqli hislar, bemorni deyarli doimiy ravishda bezovta qiladi va hayz siklining ma'lum kunlarida, haddan tashqari sovish, uzoq muddatli statik yuk va boshqalarda kuchayadi;

- Dismenoreya - og'riqli hayz ko'rish; - Chuqur dispareuniya - chuqur penetratsiya bilan og'riqli jinsiy aloqa [11,12,14,20,22,23].

STOS bilan og'rig'an bemorlarni dinamik kuzatishda biz ushbu kasallikning rivojlanishida uch bosqichni ajratamiz:

1. Organ bosqichi. Og'riq mahalliy, bitta sohada cheklangan va yaqin atrofdagi organlarga tarqalmaydi. Bemorning sub'ektiv bahosiga ko'ra, u kasallikning og'irligiga mos keladi. Psixoemotsional kasalliklar yo'q.

2. Overorganik bosqich. Og'riq nervlar bo'ylab boshqa sohalarga tarqaladi.

3. Polisistemik bosqich.

Og'riq sindromining yuqori intensivligidan tashqari, tos a'zolari disfunktsiyasi ham mavjud. Hayz ko'rish tsiklining buzilishi, gormonal disfunktsiya tufayli metabolik kasalliklar oqibatidir. Bu bosqichda jiddiy psixoemotsional kasalliklar rivojlanadi [5,7,7,11,15,16,21,24,25]. STOSning asosiy ko'rinishlari quyidagilar:

- Tos suyagi, sakrum, qov sohasi, qorinning pastki qismi, perineumda og'riq, yonish yoki sanchish;

- Og'riq va noqulaylik hayz ko'rish tsikli bilan bog'liq emas;

- Jinsiy aloqa paytida va/yoki undan keyin og'riq;

- Siydik chiqarishning buzilishi: og'riqli, kechiktirilgan, tez-tez;

- Uyqusizlik, tez-tez dahshatli tushlar;
- Depressiv holat, tushunarsiz xavotirlik [3,4,7,11,15,16,17, 23].

Shuning uchun STOSni davolash rejasi quyidagilarni o'z ichiga oladi:

1. Asosiy kasallikni ratsional davolash
2. Fizioterapiya - qon aylanishini yaxshilaydi;
3. Asab tizimining qo'zg'aluvchanligini pasaytirish - og'riqni his qilish uchun mas'ul bo'lgan asab tizimining periferik va markaziy qismlariga ta'sir qiladi.

Maqsad STOS sabablari va mexanizmlarining retrospektiv jihatlarini o'rganish va surunkali salpingooforit bilan og'rigan bemorlarda ushbu sindromning patogenezi haqidagi qarashlarni ilmiy asoslash. **Tadqiqot materiallari:** Surunkali salpingooforit bilan og'rigan 400 ayolning arxivlangan ma'lumotlari, ulardan 243 nafarida STOS asoratlari mavjud: 1) Surunkali salpingooforit 10 yoshgacha bo'lgan ayollarda biotsenoz kasalliklari (asosiy guruh n=100) 2) Biotsenoz buzilmagan 10 yoshdan kichik surunkali salpingooforit bilan (1-nazorat guruhi n=93) 3) 15 yoshdan katta surunkali salpingooforit bilan (2-nazorat guruhi n=50) Amalga oshirilgan tadqiqot usullari: 1. Umumiy klinik tekshirish usullari. 2. Laboratoriya tekshirish usullari (gormonal skrining, vaginal, servikal kanal va siydik yo'llari florasi surtmalari). 3. Instrumental tekshirish usullari - tos tomirlarining ultratovush tekshiruvi va Doppler ultratovush tekshiruvi. STOS rivojlanish sabablari va mexanizmlarining retrospektiv jihatlarini o'rganiladi va surunkali salpingooforit bilan og'rigan bemorlarda ushbu sindromning patogenezi haqidagi qarashlarni ilmiy jihatdan asoslashga harakat qilinadi. Tug'ish yoshidagi SSO bilan og'rigan bemorlarning arxiv materiallarini retrospektiv o'rganish bizga ushbu kasallikda STOS rivojlanishining patogenezi haqida ma'lum taxminlar qilish imkonini beradi. SSONing uzoqvaqt davom etishi, tez-tez qaytalanishi yallig'lanish markazida qon mikrosirkulyatsiyasining buzilishiga va asab tizimining qo'zg'aluvchanligining oshishiga, tos sohasida bitishmalarning rivojlanishiga olib keladi. Bundan tashqari, SSONi uzoq muddatli davolash vagina, bachadon bo'yni va

siydik yo'li normal mikroflorasining tarkibidagi o'zgarishlarning rivojlanishiga yordam beradi va bizning tadqiqotlarimiz STOS rivojlanishini ginekologik organ biotsensozining buzilishi bilan bog'laydigan birinchi tadqiqotlar bo'ldi [6]. STOS sabablari va mexanizmlarining retrospektiv jihatlarini o'rganish va surunkali salpingooforit bilan og'riq bemorlarda ushbu sindromning patogenezi va ayol jinsiy a'zolari biotsensozining buzilishining STOS rivojlanishidagi roli haqidagi qarashlarni ilmiy asoslash uchun o'tkazilgan tadqiqotlar ambulatoriya va statsionar ginekologiyada STOSni davolash usullarini tanlash uchun katta amaliy ahamiyatga ega. Natijalar va muhokama: Deyarli har qanday genezisli SSO STOS bilan asoratlanishining asosiy ko'rinishlari bemorlar tos suyagi, sakrum, qov sohasi, qorinning pastki qismi, perineumda og'riq, yonish yoki sanchish og'rig'idan shikoyat qiladilar; og'riq va noqulaylik hayz ko'rish sikli bilan bog'liq emas edi; jinsiy aloqa paytida va/yoki undan keyin og'riq yuzaga kelishi; siydik chiqarish buzilishlari - og'riq, kechikish, chastotaning ortishi; uyqusizlik, tez-tez tush ko'rish; depressiv holat ("bemorning og'riqqa chekinishi"), asossiz xavotir, bu esa o'z navbatida patologik og'riq reaksiyasini kuchaytiradi. Shunday qilib, o'ziga xos "shafqatsiz doira" hosil bo'ldi: og'riq - ijtimoiy adaptatsiya - psixoemotsional kasalliklar - tekshirilgan bemorlarda og'riq [8,9,10]. O'ng va chap yonbosh sohalaridagi tos og'rig'i o'rganilgan bemorlarda ko'pincha bachadon o'simtalarining surunkali yallig'lanishining asosiy va ba'zan yagona alomati bo'lgan va operatsiyadan keyingi bitishmalar, tashqi jinsiy a'zolar endometriozi, travmatik shikastlanish og'rig'i bilan farqlangan. Vaginal tekshiruvda barcha ayollar qalinlashgan, o'rtacha og'riqli bachadon o'simtalarini paypasladilar. Biotsenoz buzilgan bemorlarning asosiy guruhida og'riq asosan 64 bemorda o'ng bachadon o'simtasida, 24 bemorda chap bachadon o'simtasida va 12 bemorda og'riq ikki tomonlama lokalizatsiya qilingan. Biotsenoz buzilmagan bemorlarning ikkinchi guruhida 59 bemorda asosan o'ng o'simtada, 19 bemorda chap o'simtada va besh bemorda ikki tomonlama og'riq kuzatildi. Asosiy guruhdagi 14 bemorda vaginal yoylarning tarangligi aniqlandi, bu yerda ishlab

chiqarish xususiyatiga ega sezilarli mahalliy yallig'lanish o'zgarishlari qayd etildi. Vaginal, servikal kanal va siydik chiqarish yo'llarining bakteriologik tekshiruvi shu bilan bog'liq patogenlarning ustunligini aniqladi, ular orasida *Escherichia coli* va *Gardnerella vaginalis* tez-tez (har biri 46%) aniqlandi, shuningdek, normal vaginal, servikal kanal va siydik chiqarish yo'llari mikroflorasining chuqur buzilishlari, ya'ni ayollar biotsenozining sezilarli buzilishlari. Bachadon o'simtalarining yallig'lanishini tashxislashning yana bir obyektiv usuli sifatida tos tomirlarining ultratovush tekshiruvi va Doppler sonografiyasi qo'llanildi. Bizning tadqiqotlarimizda o'tkir salpingooforitning asosiy ultratovush belgisi ichki qismida kattalashgan polikistoz o'zgargan tuxumdonni aniqlash bo'lib, unda turli diametrli oval past to'lqinli kistoz tuzilmalari mavjud bo'lib, ular ingichka giperexogen septa bilan ajratilgan. Bachadon o'simtalarining yallig'lanishining bilvosita belgilari Duglas bo'shlig'ida va kichik tos bo'shlig'ining chuqurchalarida joylashgan tos bo'shlig'ida "erkin" suyuqlik mavjudligidir. Bu xususiyatni baholash uchun hayz siklining fazasini hisobga olish kerak. Tos tomirlarining Doppler tadqiqoti shuni ko'rsatdiki, kista va o'simtalar sohasida mikrosirkulyatsiyaning buzilishi 94 (94%) ayolda kuzatilgan. Mikrosirkulyatsiyaning ikkita asosiy turi aniqlandi: 46 (46%) bemorda giperemik, 32 (32%) bemorda aralash ("spazm-staz"); mos ravishda 8 (8%) va 8 (8%) ayollarda angiopastik va konjestif tabiatdagi o'zgarishlar kuzatildi; Nafas olish testi 64 (64%) bemorda ijobiy natija berdi. Qon bosimi va qon tomir tonusining pasayishi reografik indeksning $0,56 \pm 0,23$ omgacha pasayishi, puls to'lqinlarining kichik amplitudasi va ularning harakatlanish vaqtining ko'payishi bilan tasdiqlandi. Nazorat guruhida ham tegishli o'zgarishlar qayd etildi: 72 (77%) ayolda qo'shimchalar sohasida mikrosirkulyatsiyaning buzilishi kuzatildi. Bu soxada xam mikrosirkulyatsiyaning ikkita asosiy turi aniqlandi: 34 (37%) bemorda giperemik, 24 (26%) da aralash ("spazm-staz"); angiopastik va konjestiv tabiatdagi o'zgarishlar mos ravishda 6 (6%) va 10 (11%) ayollarda kuzatildi; nafas olish testi 44 (47%) bemorda ijobiy natija berdi. Reografik indeksning $0,75 \pm 0,03$ omgacha pasayishi,

puls to'liqlarining kichik amplitudasi va ularning tarqalish vaqtining oshishi qon bosimi va qon tomir tonusining pasayishidan dalolat berdi. STOSni SSO asosida davolash an'anaviy usul bo'yicha antibakterial, yallig'lanishga qarshi, desensibilizatsiya qiluvchi, spazmga qarshi, simptomatik, hal qiluvchi terapiya va kuniga bir marta 5 ml dan yangi yallig'lanishga qarshi malhamni to'g'ri ichakka surtish shaklida amalga oshirildi. Davolash samaradorligi 7, 14-kunlarda va davolanish boshlanganidan keyin 28 kundan keyin baholandi va uzoq muddatli natijalar 6 oydan keyin aniqlandi. Davolash samaradorligi quyidagilarni hisobga olgan holda baholandi: - kasallikning klinik belgilarini (og'riq, isitma, oq dog'lar, dizurik kasalliklar) davolash; - etiologik patogenning yo'qligi; - dinamik kuzatuvda kasallikning qaytalanishining yo'qligi. Tadqiqot natijalarini tahlil qilishda quyidagilar hisobga olindi: - ijobiy klinik ta'sir; - ijobiy mikrobiologik ta'sir; - kombinatsiyalangan ijobiy klinik va mikrobiologik ta'sirlar. Tadqiqot natijalarini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, yangi yaratilgan malham qo'yilgan bemorlar guruhida terapiyaning 14-kuniga kelib, mahalliy holatning sezilarli yaxshilanishi, og'riqning sezilarli darajada kamayishi, etiologik belgining yo'qligi sifatida ifodalangan; Keyingi dinamik kuzatuvlarda kasallikning qaytalanishining kamayishi qayd etildi.

Xulosa va oqibatlar: STOS rivojlanishining sabablari va mexanizmlarini retrospektiv o'rganish shuni ko'rsatadiki, surunkali salpingooforit bilan og'rikan bemorlarda ushbu sindromning patogenezi quyidagicha:

1. Mahalliy mikrosirkulyatsiyaning buzilishi - Mikrosirkulyatsiya buzilishlarini o'rganish natijalarini sharhlash ikkita asosiy turni aniqladi: giperemik va aralash turdagi ("spazm-staz"), shuningdek, angiopastik va turg'un tabiatdagi o'zgarishlar aniqlandi.

2. Surunkali mahsuldor yallig'lanish natijalari - organlar va to'qimalar o'rtasida bitishmalarining rivojlanishi, tos bo'shlig'ida organlar va to'qimalarning normal harakatlanishiga to'sqinlik qiluvchi polikistik, polipoz shakllanishlarining rivojlanishigacha aniqlanadi.

3. Surunkali jarayonlarni davolash paytida ginekologik sohada mikrobiotsenoz buzilishlarining rivojlanishi ham STOS rivojlanishiga xissa qo`shadi.

Xulosalar:

1. Ginekologik bemorlarda surunkali tos og'rig'i patogenezida retrospektiv ma'lumotlarni o'rganishda qon mikrosirkulyatsiyasining buzilishi va tos a'zolarining surunkali mahsuldor yallig'lanish elementlarining rivojlanishi asosiy o'rinni egallaydi.

2. Irratsional davolash va STOSning tez-tez qaytalanishi jinsiy a'zolar biotsenozining buzilishi rivojlanishining asosi bo'lib, yallig'lanish jarayonlarining sabablarini qo'llab-quvvatlaydi.

3. Yangi yallig'lanishga qarshi malhamdan foydalanish tiklanish tezligiga ijobiy ta'sir ko'rsatishi va STOSning og'irligini kamaytirishga yordam berishi aniqlandi.

QOLLANILGAN ADABIYOTLAR

1. Abdullaeva M.A., Ziyaeva E.R., Sobirova M.R. Gruntoterapiya ta'sirida surunkali salpingooforit bilan og'rgan bemorlarda hujayra immunitetining o'zgarishi.//Tibbiyot fanlari: Yangi imkoniyatlar. To'plam: TSMU yosh olimlarining xalqaro ishtirokdagi 13-ilmiiy-amaliy konferensiyasi materiallari.- Dushanbe.- 2018. - 1-jild.- 126-127-betlar.

2. Abdullaev R.N., Abdullaeva M.A., Sobirova M.R. Naycha-peritoneal bepushtlik bilan og'rgan bemorlarda tos suyagi bitishmalarini davolash va oldini olishning operatsiya vaqtidagi usuli.//Moskva. Fan muammolari. - 2018, - №11(35), - S.56-60.

3. Ayriyants I.R., Yagubov M.I. Seksologik amaliyotda surunkali tos og'rig'i.//Ijtimoiy va klinik psixiatriya. - 2020, - jild. 30 № 3. - P. 93-98.

4. Axtamova N.A., Zakirova N.I. Salpingoofarit tufayli kelib chiqadigan surunkali tos og'rig'ini davolash taktikasini takomillashtirish.// Biologiya va tibbiyot muammolari, - 2021, - №1.1 (126), - 83-85.

5. Ziyaeva E.R. Andijon viloyatining tug'ish yoshidagi ayollarida surunkali salpingooforitni kompleks davolash natijalari// Tibbiyotda yangi kun,-3 (31),- 2020,- B. 302-308.



6. Konoplya A.A., Petrov S.V., Gavriluk V.P. Surunkali salpingooforit bilan og'rigan bemorlarda immun, sitokin va antioksidant holatining buzilishini tuzatish.// Tibbiy immunologiya. 2006. T.8, № 1. S. 97-100.

7. Moskovenko N.V. Ayollarda tos og'rig'ini tashxislash va davolashga kompleks yondashuv: klinik va iqtisodiy jihatlar. T. 93, №1. S. 61-67.

8. Ziyaeva E.R., Ruzieva N.Kh. Surunkali tos og'rig'i sindromi bo'lgan ayollar uchun davolash kompleksi terapiya. //American Journal of Medicine and Medical Sciencies – America 2024.No14(11): 317-3027-betlar. (14.00.00. No2).

9. Ziyaeva E.R., Ruzieva N.Kh. Surunkali salpingooforit va surunkali tos og'riq sindromi uchun yangi kompleks terapiya usuli. Tibbiyotda yangi kun, No11(73). 2024. bet. 899-913. (14.00.00, No22).

10. Ziyaeva E.R., Ruzieva N.Kh. Surunkali salpingooforitda murakkab terapiyaning samaradorligi, surunkali tos og'riq sindromi. // Zamonaviy tibbiyot jurnali No4 (7), 2024. UAC Rayosatining No355/6 son karori 2024, 7.06.2024.

11. Ziyaeva E.R. New changes in laboratory tests in women with chronic salpingoophoritis complicated with pain syndrome.// EduVision: Journal of Innovations in Pedagogy and Educational Advancements Volume 01, Issue 11, November 2025. brightmindpublishing.com ISSN (E): 3061-6972

12. Benjamin S. Psychological treatment of chronic pain: a selective review // J. Psychosom. Res, 1989, Vol.33, № 2, P.121-131.

13. Bonnema R., McNamara M., Harsh J., Hopkins E. Primary care management of chronic pelvic pain in women // Cleveland Clinic J. Med. 2018. Vol. 85, № 3, P. 215-223.

14. Ciccone D.C., Grzesiak R.C. Cognitive dimensions of chronic pain // Soc. Sci. Med. 1984. Vol. 19, № 12, P. 1339-1345.

15. Ziyaeva E.R. Microbiocenosis Of Open Cavities Of the Body //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 3(7), 1-45.



12. Dix C. Acute and chronic pelvic pain. //OB/GYN Secrets / H.L. Frederickson, L. Wilkins-Haug (Eds.), Philadelphia: Hanley & Belfus, 1997. P. 67-71.

16. Mc.Donald J.S. Pelvic and abdominal pain / M.A.Ashburn, L.J.Rice (Eds.). The management of pain NY, Churchill Livingston, 1998 Vol. 24. P. 383-400.

17. Melicien A., Tettambel D. Using Integrative Therapies to Treat Women With Chronic Pelvic Pain // J. Am. Osteopathic Assoc. 2007, Vol. 107, № 17, P. 17-20.

18. Meltzer-Brody S., Leserman J. Psychiatric Comorbidity in Women with Chronic Pelvic Pain. [Electronic resource] // CNS Spectr. 2011. pii: Meltzer-Brody. [Epub ahead of print. www.pubmed.com].

19. Perry C.P. Clinical Anatomy of Pelvic Pain in Women: A Gynecological Perspective: Anatomy of Pelvic Pain in Women // Clin. Anatomy. 2018. Vol. 32. № 1, P. 41-52.

20. Perry C.P. Current Concepts of Pelvic Congestion and Chronic Pelvic Pain Article // J. Soc. Laparoendoscopic Surgeons. 2017. Vol. 5. № 2, P. 105-110.

21. Perry C.P. Peripheral neuropathies causing chronic pelvic pain // J. Minimal. Invas Gynecol. 2000. Vol.7, N 2. P. 281-287

22. Singh M.K., Rivlin M.E. Chronic Pelvic Pain in Women. [Electronic resource] //Drugs Diseases Obstetrics Gynecology. 2018 <https://reference.medscape.com>.

23. Speer L.M., Mushkbar S., Erbele T. Chronic Pelvic Pain in Women // Ohio Am. Fam. Physician. 2016. Vol. 93. N 5. P. 3380-3387.

24. Taylor H.C. Застой и гиперемия сосудов, их влияние на структуру и функцию женских репродуктивных органов // Am. J. Obstet. Gynecol. 1949. Vol. 57. P. 637-653.

25. Trutnovsky G., Plieseis C., Bjelic-Radisic V., Bertholiny Galvez M., Tamussino K., Ulrich D. Vulvodynia and chronic pelvic pain in a gynecologic outpatient clinic // J. Psychosom.c Obst. Gynecology. 2018. P. 1-5. [Электронный ресурс] // [Epub ahead of print] Vol. Pages 1-5.



FEATURES OF HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS WITH VENTRICULAR EXTRASYSTOLES

M.E. Rakhimova

U.Kh. Gayupova

Tashkent State Medical University

Abstract

Ventricular extrasystoles (VES) are one of the most common forms of cardiac rhythm disorders, and the autonomic regulation of the heart and the balance between the sympathetic and parasympathetic nervous systems play an important role in their development. Heart rate variability (HRV) is a non-invasive method that makes it possible to assess the functional state of the autonomic nervous system. The aim of this study was to investigate the characteristics of HRV parameters in middle-aged patients with VES and their changes depending on concomitant diseases. The study involved 40 patients aged 30–50 years, who were divided into groups according to the presence of coronary heart disease, hypertension, and autonomic vascular dysfunction; the control group consisted of practically healthy middle-aged individuals. All participants underwent 24-hour Holter ECG monitoring, and SDNN, rMSSD, and pNN50 parameters were analyzed. The results showed a decrease in HRV parameters in patients with VES compared with the control group. The most pronounced changes were observed in patients with coronary heart disease. In patients with autonomic vascular dysfunction, HRV parameters were higher than in the groups of patients with concomitant diseases, indicating relatively preserved mechanisms of autonomic regulation. The obtained results demonstrate the clinical significance of HRV analysis in assessing changes in autonomic nervous system activity in patients with VES.

Keywords

ventricular extrasystoles; heart rate variability; autonomic nervous system; autonomic regulation; Holter monitoring; SDNN; rMSSD; pNN50; sympathetic-parasympathetic balance; coronary heart disease; hypertension.

ҚОРИНЧАЛАР ЭКСТРАСИСТОЛИЯСИ МАВЖУД БЕМОРЛАРДА ЮРАК РИТМИ ВАРИАБИЛЛИГИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

М.Э. Раҳимова, У.Х.Гаюпова.

Тошкент Давлат тиббиёт университети.

Аннотация

Қоринчалар экстрасистолияси (ҚЭС) юрак ритми бузилишларининг кенг тарқалган шаклларида бири бўлиб, унинг ривожланишида юракнинг автоном бошқаруви ва симпатик-парасимпатик нерв тизими ўртасидаги мувозанат муҳим аҳамиятга эга. Юрак ритми вариабиллиги (ЮРВ) автоном нерв тизими функционал ҳолатини баҳолаш имконини берувчи ноинвазив усул ҳисобланади. Мазкур тадқиқотнинг мақсади ҚЭС мавжуд ўрта ёш беморларда ЮРВ кўрсаткичларининг хусусиятларини ва уларнинг ҳамроҳ касалликларга боғлиқ ўзгаришларини ўрганишдан иборат. Тадқиқотга 30–50 ёшдаги 40 нафар бемор жалб қилиниб, улар юрак ишемик касаллиги, гипертония касаллиги ва вегетатив қон томир дисфункцияси мавжудлигига кўра гуруҳларга ажратилди; назорат гуруҳини амалий соғлом ўрта ёшдаги беморлар ташкил қилди. Барча иштирокчиларда 24 соатлик Холтер ЭКГ мониторинги ўтказилиб, SDNN, rMSSD ва pNN50 кўрсаткичлари таҳлил қилинди. Тадқиқот натижалари ҚЭС мавжуд беморларда назорат гуруҳига нисбатан ЮРВ кўрсаткичларининг пасайганлигини кўрсатди. Энг яққол ўзгаришлар юрак ишемик касаллиги мавжуд беморларда кузатилди. Вегетатив қон томир дисфункцияси бўлган беморларда ЮРВ кўрсаткичлари ҳамроҳ касаллиги бор беморлар гуруҳига нисбатан юқорироқ бўлиб, автоном бошқарув механизмлари нисбатан сақланганлигини кўрсатди. Олинган натижалар ҚЭС мавжуд беморларда автоном нерв тизими фаолиятидаги ўзгаришларни баҳолашда ЮРВ таҳлилининг клиник аҳамиятини кўрсатади.

Калит сўзлар: Қоринчалар экстрасистолияси; юрак ритми вариабиллиги; автоном нерв тизими; вегетатив бошқарув; Холтер мониторинги; SDNN; rMSSD; pNN50; симпатик-парасимпатик мувозанат; юрак ишемик касаллиги, гипертония



касаллиги.

Долзарблиги. Қоринча экстрасистолияси (ҚЕС) юрак ритми бузилишларининг энг кўп учрайдиган шаклларида бири ҳисобланиб, клиник амалиётда муҳим аҳамиятга эга. Бу турдаги юрак ритми бузулиши функционал ва органик ўзгаришлар асосида ривожланиши мумкин. Симпатик ва парасимпатик тизимлар ўртасидаги мувозанатнинг бузулиши юракнинг электр барқарорлигига таъсир кўрсатиб, ҚЭСлар сонининг ортишига олиб келиши мумкин. Ўрта ёш беморларда юқори жисмоний ва психоэмоционал юкламалар таъсирида фаолият олиб боришини инобатга олган ҳолда уларда юрак ритмининг автоном бошқарув хусусиятларини ўрганиш муҳим аҳамиятга эга. Шу нуқтаи назардан юрак ритми вариабиллигини (ЮРВ) таҳлил қилиш вегетатив нерв тизимининг функционал ҳолатини ҳамда организмнинг мослашувчанлигини баҳолаш имконини берувчи замонавий, ноинвазив ва юқори информатив усуллардан бири ҳисобланади.

Мақсад. Қоринчалар экстрасистолияси мавжуд беморларда юрак ритми вариабиллигининг хусусиятларини ҳамроҳ касалликларга боғлиқ ҳолда ўрганиш, ҳамда вегетатив бошқарувни ўзгаришларни баҳолаш.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқотга 30–50 ёшдаги 40 нафар ўрта ёш беморлар жалб қилинди. Текширилувчилар ҳамроҳ касалликларига кўра 4 гуруҳга ажратилди: 1 гуруҳ — юрак ишемик касаллиги (ЮИК) мавжуд беморлар; 2 гуруҳ — гипертония касаллиги (ГК) беморлар; 3 гуруҳ — вегетатив қон томир дисфункция (ВҚТД) мавжуд беморлар; назорат гуруҳни- амалий соғлом ўрта ёш эркеклар ташкил этди. Барча иштирокчиларда бир кеча кунлик Холтер ЭКГ мониторинги ўтказилиб, юрак ритми вариабиллиги, SDNN (синус ритмдаги кетма-кет меъёрий RR интервалларининг стандарт оғиши), rMSSD (меъёрдаги RR интерваллари орасидаги фарқлар квадратлари ўртачасининг квадрат илдизи) ва pNN50 (ўзаро фарқи 50 миллисекунддан ортиқ бўлган кетма-кет келган нормал PP интерваллар фоизи) кўрсаткичлари баҳоланди. Статистик таҳлил SPSS Статистисс 23.0 дастури ёрдамида амалга оширилди. Натижалар $M \pm SD$ кўринишида ифодаланди, $p < 0,05$ бўлган қийматлар статистик жиҳатдан ишончли деб қабул қилинди.

Тадқиқот натижалари: Тадқиқот натижаларига кўра, қоринчалар экстрасистолияси мавжуд ўрта ёш беморлар юрак ритми вариабиллиги кўрсаткичларининг назорат гуруҳига нисбатан пасайиши аниқланди. Бу ҳолатни органик касалликлар сабабли юрак автоном бошқарувининг бузулиши ва

вегетатив нерв тизими фаолиятидаги номуносивблик билан изоҳлаш мумкин. Энг яққол ўзгаришлар ЮИК мавжуд беморларда кузатилиб, уларда SDNN $62,0 \pm 11,0$ мс, rMSSD $16,0 \pm 5,0$ мс ва pNN50 $2,1 \pm 1,0\%$ ни ташкил этди. ГК мавжуд беморларда мазкур кўрсаткичлар мос равишда $74,0 \pm 12,0$ мс, $20,0 \pm 6,0$ мс ҳамда $3,4 \pm 1,4\%$ ни ташкил қилди. ВҚТД аниқланган ўрта ёш беморларда ЮРВ кўрсаткичлари 1 ва 2 гуруҳга нисбатан юқори қийматларда бўлиб, SDNN — $88,0 \pm 13,0$ мс, rMSSD — $26,0 \pm 7,0$ мс, pNN50 — $5,6 \pm 2,0\%$ қоринишида эди. Назорат гуруҳида эса бу кўрсаткичлар қуйидагиларни ташкил қилди: SDNN — $108,0 \pm 15,0$ мс, rMSSD — $34,0 \pm 8,0$ мс, pNN50 — $8,9 \pm 2,8\%$.

Хулоса: Қоринчалар экстрасистолияси мавжуд ўрта ёш беморлар юрак ритми вариабиллиги кўрсаткичларининг пасайиши кузатилади. Юрак ритми вариабиллигининг энг паст кўрсаткичлари юрак ишемик касаллиги мавжуд бўлган беморларда қайд этилди. Вегетатив қон томир дисфункция беморларда юрак ритми вариабеллиги кўрсаткичлари назорат гуруҳи натижаларига яқин бўлиб, бу юракнинг автоном бошқарув механизмлари нисбатан яхшироқ сақланганлигини кўрсатади.

Адабиётлар:

- 1.Sundas A, Contreras I, Navarro-Otano J, et al. Heart rate variability over the decades: a scoping review. PeerJ. (2025)
- 2.Heart Rate Variability Analysis to Investigate Autonomic Nervous System Activity among the Three Premature Ventricular Complex Circadian Types: An Observational Study.Novita G Liman(2025).
- 3.Transcutaneous Electrical Vagus Nerve Stimulation to Suppress Premature Ventricular Contractions: A Crossover, Randomized Clinical Trial. Stefanos Zafeiropoulos, Kristie (NoVa-PVC). 2025.
- 4.The significance of heart rate variability in patients with frequent premature ventricular complex originating from the ventricular outflow tract. Clinical Cardiology.Baowie Zhang,Jinbo Yu(2023).



TABLE OF CONTENTS | СОДЕРЖАНИЕ

1.	Purulent-necrotic diseases of soft tissues in surgery complicated by sepsis Abdullaev Rasuljon, Abdullaeva Malika, Ziyaeva Etiborkhon, Sobirova Mohichekhra	3-15
2.	Clinical methods for early diagnosis of chronic salpingo-oophoritis complicated by chronic pelvic pain syndrome and its significance in the pathogenesis of this disease Ziyaeva Etiborkhon, Abdullaeva Malika, Abdullayev Rasuljon, Sobirova Mohichekhra	16-26
3.	FEATURES OF HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS WITH VENTRICULAR EXTRASYSTOLES M. Rakhimova, U. Gayupova	27-30

