

AKUSHERLIK PERITONITI

Rajabova Dildora

Osiyo xalqaro instituti, klinik fanlar kafedrası anatomiya fan o'qituvchisi

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10408241>

Annotatsiya. Chilla davri yiringli septik kasalliklari ichida eng xavfli bo'lib hisoblanadi. Bu kasallikning oldini olishga qaratilgan profilaktik muolajalarni o'z vaqtida o'tqazish onalar o'limining kamayishiga olib keladi. Respublikamizda tug'ish yoshidagi ayollar orasida ekstragenital va genital kasalliklarning ko'p uchrashi homiladorlik davrida immun tizimning susayishi, infeksiyon agentlarga nisbatan organizmning himoya kuchlarining pasayishiga olib keladi. Buning natijasida chilla davrida EGK fonida yiringli kasalliklarning kelib chiqishi kuzatiladi, kasalikni kechikib aniqlash va davolash onalar o'limiga sabab bo'ladi.

Kalit so'zlar: peritonit, jarrohlik, tug'ruq, yo'ldosh, patologiya, bachadon, platsenta, abort, chilla, homila, barvaqt.

OBSTETRIC PERITONITIS

Abstract. Chilla period is considered the most dangerous among purulent septic diseases. Preventive procedures aimed at preventing this disease will lead to a decrease in maternal mortality. The high occurrence of extragenital and genital diseases among women of childbearing age in our republic leads to a weakening of the immune system during pregnancy, a decrease in the body's defenses against infectious agents. As a result, the occurrence of purulent diseases is observed during the cold period against the background of EGK, late detection and treatment of the disease causes the death of mothers.

Key words: peritonitis, surgery, childbirth, placenta, pathology, uterus, placenta, abortion, chill, fetus, premature.

АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ

Аннотация. Ознобный период считается самым опасным среди гнойно-септических заболеваний. Профилактические мероприятия, направленные на предотвращение этого заболевания, приведут к снижению материнской смертности. Высокая заболеваемость экстрагенитальными и генитальными заболеваниями среди женщин детородного возраста в нашей республике приводит к ослаблению иммунной системы во время беременности, снижению защитных сил организма против инфекционных агентов. В результате в холодный период на фоне ЭГК наблюдают возникновение гнойных заболеваний, несвоевременное выявление и лечение заболевания приводит к гибели матерей.

Ключевые слова: перитонит, хирургическое вмешательство, роды, плацента, патология, матка, плацента, аборт, озноб, плод, недоношенность.

Akusherlik peritonitining Infeksiya manbai bo'lib, ko'pincha bachadon hisoblanadi (tug'ruqda xorioamnionit, tug'ruqdan keyingi endometrit, kesarcha kesish jarrohligidan keyingi choklarning nosozligi). Infeksiya o'chog'i bo'lmish bachadonda infeksiyaning yashashi va ko'payishi uchun qulay sharoitlar mavjud bo'ladi, bular qon quyqalari, homila elementi oldiklari va h.k. Akusherlik peritoniti ko'pincha sust va yashirin kechadi, ayniqsa kesarcha kesish jarrohligidan keyingi peritonit.

Diagnostik qiyinchiliklar:

• Homiladorlik va tugʻruqdagi neyroendokrin oʻzgarishlar, gumoral va hujayra immuniteti holati.

- Homiladorlik va tugʻruqdagi asoratlar.
- Jarrohlik amaliyotining oʻsishi.
- EGK.
- Bakteriyalar assotsiatsiyasining mavjudligi (aerob va anaerob).

Akusherlik peritoniti **patogenezi** asosida:

Endogen intoksikatsiya, biologik-aktiv moddalar (gistamin, serotonin, kinin) ta'siri, tomirlardagi tarkalgan oʻzgarishlar, toʻqima gipoksiyasi, gipovolemiya va almashinuvning oʻzgarishi, MNS va miokardga patologik ta'siri, buyrak, jigar, oshqozon osti bezi va ingichka ichakdagi destruktiv oʻzgarishlar yotadi.

Peritonit tasnifi (K.S.Simonyan boʻyicha) (1971):

1. Reaktiv faza
2. Terminal faza
3. Toksik faza

Peritonit variantlari

I Variant (30%) 12-24 soatdan soʻng kesarcha kesish operatsiyasi vaqtida homila pardasining infeksiyalanishi natijasida (xorioamnionit, uzoq muddat suvsizlik davri.) Infeksiya manbai bachadon boʻshligʻidagi sakpanma operatsiya vaqtida qorin boʻshligʻiga tushishi. (erta peritonit) operatsiyada xorioamnionit fonida.

Patologik simptomlar :1 sutka oxirida yoki 2 sutka boshida avj oladi. Tana haroratining koʻtarilishi (38-39°S), taxikardiya (120-140 zarba/min) qorin shishi. Reaktiv faza unchalik bilinmaydi. Toksik faza tez avj oladi. Umumiy ahvoli ogʻirlashadi, ichak falaji kuzatiladi, tili quruq, qusuq yashil va gemorragik massalar bilan septik shok, yurak-oʻpka va buyrak yetishmovchiligi yuzaga keladi.

II. VARIANT (15%) 72 soatdan soʻng: operatsiyadan soʻnggi davrdagi endometrit bilan bogʻlik (ichakning baryer funksiyasi falaj hisobiga buzilganda kuzatiladi).

Umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli, tana harorati 37,4-37,6°S, taxikardiya (120-140 zarba/min), ichak falaji erta paydo boʻladi. Qorinda ogʻriqlar yoʻq. Koʻngil aynish va qusish kuzatiladi, qorni yumshoq, simptomlar qaytalanishi xos. Konservativ davoga qaramasdan 3-4 kun ichida bemorning ahvoli ogʻirlashadi va intoksikatsiya belgilari kuchayadi.

III. VARIANT (55%) operatsiyadan soʻnggi 5-9 sutkasiga. Bachadonda choklar yetishmovchiligi fonidagi peritonit.

Koʻproq bu holat infeksiya bilan bogʻliq, kam hollarda texnik kamchiliklar bilan bachadonni kesilganda burchaklarni notoʻgʻri tikish bilan bogʻliq klinika erta paydo boʻladi. Birinchi sutkadan peritonit belgilari paydo boʻladi. Ayol holati ogʻirlashadi. Qorin pastidagi ogʻriqlar bezovta qiladi. Taxikardiya, qusish, qorin shishi saqlanib turadi. Perkussiyada qorin boʻshligʻida ekssudat aniqlanadi. Intoksikatsiya tez kuchayadi. Dunyoda akusherlik peritonitining koʻpayishi yiringli-septik asoratlarning oʻsishi bilan bogʻliq.

• **Peritonitga olib keluvchi sabablar:**

- Homiladorlik asoratlari (kamqonlik, preeklampsiya, yoʻldoshning oldinda joylashishi)
- Qin biotsenozining oʻzgarishi
- Tugʻruqning patologik kechishi(suvsiz davr, tugʻruqning uzoqqa choʻzilishi)
- Homiladorlik oxirida immunotanqisligi paydo boʻlishi.
- Tugʻruqda xorioamnionit.

Tugʻruqdan keyingi davrda peritonit paydo boʻlishining sabablari:

• Peritonitning harakteri va ogʻirlik darajasi qorin boʻshligʻidagi mikroblarning miqdori, turi, ularning virulentligi, patologik jarayonning tarqalganligi hamda organizm immun tizimining holati kabi bir qator omillarga bogʻliq.

• Endometrit, metrotromboflebit, parametrit va kesarcha kesish operatsiyasidan soʻng choklarning soʻkilishi.

• EGK (oʻtkir appenditsit, ichak yoki siydik pufagi devori butunligining buzilishi, endogen infeksiya).

Koʻp hollarda peritonitda aralash turdagi mikroflora aniqlanadi. Lekin ularning ichida ichak tayokchasi, stafilokokk, koʻk yiring tayokchasi va vulgar protey yetakchi oʻrinni egallaydi. Bachadonga infeksiya kirishi uchun bachadon boʻshligʻidagi qon laxtalari, homila qoldiqlarining boʻlishi katta rol oʻynaydi. Bular mikroorganizmlarning oʻsishi uchun qulay sharoit boʻlib hisoblanadi. Bundan tashqari, homilador bachadon bakteriya, toʻqima toksinlari uchun yuqori rezorbsion yuzaga boʻlib, ularning qonga toʻgʻridan-toʻgʻri oʻtishiga sharoit boʻladi.

Oqsil tabiatli toksinlar (polipeptidlar, toʻqima proteazalari, bakteriyalar va ularning mahsulotlari), toksin- kristalloidlar (ammiak), biogen aminlar (gistamin, serotonin, geparin) qonga soʻrilib organizmda bir qator oʻzgarishlarga olib keladi. Bu holat toʻqimalarda metabolik jarayonning buzilishi, ularning parchalanishi va katabolizmi bilan kechib, bu oʻz navbatida MNS, jigar, buyrak, miokard va boshka aʼzolarga, xususan ichakning asab tizimiga patologik taʼsir koʻrsatadi. Natijada toʻqimalarda almashinuv jarayonining pasayishi, yurak-tomir tizimi, nafas tizimi, gomeostaz buzilishlari kuzatiladi.

Bu mahsulotlarning toksik taʼsiri natijasida oksidlanish- qaytarilish jarayoni buzilishi bilan kechadigan sirkulyator gipoksiya yuzaga keladi. Bunda indol tarkibli aminlar va tuzilishiga koʻra sut kislotasiga yaqin S-polipeptidning almashinuv mahsuloti boʻlmish chala oksidlangan metabolitlarning yigʻilishi oqibatida anaerob faza ustun keladi.

Peritonit intoksikatsiyasining jadallashishi turli sabablar (toksinlar taʼsiri, qon aylanish buzilishi, gipoksiya va b.) natijasida yuzaga keladigan jigarining zararsizlantirish funksiyasining pasayishiga olib keladi. Koʻp hollarda jigar yetishmovchiligi buyrak yetishmovchiligi bilan birga kechadi.

Peritonitda hujayralardan kaliyning ajralishi kuchayib, bevosita patologik jarayon zonasi tomon yoʻnalishi kuzatiladi. Oʻz navbatida kaliy hujayra elementlarining parchalanishidan ajralib chiqadi, xususan qorin boʻshligʻining eksudatida koʻp miqdorda aniqlanadi (10 mmol/l gacha).

Chin kaliy yetishmovchiligi (uning eritrotsitlardagi kontsentratsiyasining pasayishi) umumiy adinamiyaga, MNT pareziga, bradioaritmiyaga, miokardning qisqarish xususiyati va yurak oʻtkazuvchanligining buzilishiga sabab boʻladi.

Peritonit terminal bosqichida oligouriya va buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi kaliyning buyraklar tomonidan ekskretsiyasi buzilishiga hamda o'sib boruvchi giperkaliyemiya olib keladi, ammo eritrotsitlarda kaliyning kontsentratsiyasi o'zgarmagan holda past bo'ladi. Peritonitning patogenezida ichak parezi aloxida o'rin egallaydi. Ichak qovuzloqlarining suyuqlik va gazlar bilan kengayib ketishi ularning harakat, sekretor, so'rish, almashinuv funksiyasi buzilishiga, suvsizlanishiga sabab bo'ladi. Paralitik sekretsiyaning oshib borishi bilan ingichka ichak bo'shlig'ida o'zida ko'p miqdorda oqsil, elektrolitlar, K-ionlarini saqlagan ma'lum hajmdagi suyuqlikning to'planishi va sekvestrlanishi kuzatiladi. Ichak bo'shlig'ida bosim oshib boradi, ichakning kengayishi va ichak devorining qon aylanishi buzilishi bo'ladi. Bu devor ishemiyasiga sabab bo'lib, parez holatini yanada kuchaytiradi. Natijada ichak devori mikroorganizmlar va toksinlar uchun o'tkazuvchan bo'lib qoladi. Diafragmaning yuqori turishi, uning kam harakatchanligi esa o'pka ventilyatsiyasini (bazal atelektazlar) va yurak faoliyatini yomonlashtiradi. Qorin pressi muskullarining immobilizatsiyasi yo'tal mexanizmining o'zgarishlariga olib keladi. O'sib boruvchi og'riqli sindrom, gipoventilyatsiya, vena-arterial shuntlash fonida respirator buzilishlar va organizmning gipoksiyasi kuchayib boradi. Hosil bo'ladigan gipoproteinemiya o'pkalar shishiga, ularning elastikligi pasayishiga, nafas faoliyati oshishiga sabab bo'ladi.

Yuqori isitma, total perspiratsiya, qusish natijasida suyuklikning ko'p miqdorda ajralishi avvalo aylanib yurgan qon hajmini, keyin esa yurakning zarb hajmi kamayishini va endotoksik shok rivojlanishini ta'minlaydi.

Bunda ayniqsa, mikrosirkulyatsiyaning o'zgarishi, proteolitik fermentlar faolligining oshishi va koagulopatiya bilan kechuvchi tomir ichi qon ivishi yaqqol namoyon bo'ladi.

O'tkir peritonitning toksik fazasida organizm kislorodli rejimining o'zgarishi nafaqat yurak qon-tomir (gipovolemiya, toksik miokardit, qonning yuqori ivuvchanligi) va nafas yetishmovchiligi, balki gematologik buzilishlar (mikrosirkulyator sistemada sirkulyatsiya qiluvchi eritrotsitlar sekvestratsiyasi, gemoliz, to'qima kapillyarlarida gemoglobinning kislorodga bo'lgan talabi oshishi), bundan tashqari, energetik sarfning ortishi bilan aniqlanadi.

Shuni ta'kidlab o'tish kerakki, peritonitni davolashda kechiktirib bo'lmaydigan holatlardan biri bu ichaklar falajini zudlik bilan bartaraf qilishdir, chunki parez metabolik o'zgarishlar va mavjud gipoksiyani yanada chuqurlashtiradi hamda shu ishemiya (gipoksiya) natijasida yuzaga keluvchi ichak devorining hayotga layoqatlilikining buzilishiga olib keladi.

O'z vaqtida peristaltikani tiklash buning oldini olishi mumkin, bundan tashqari, portal qon aylanish kuchayadi, natijada jigar funksiyasi yaxshilanadi.

B.N.Syerov va b. (1984) kesarcha kesish operatsiyasi o'tkazilgan bemorlarda qorin bo'shlig'iga infeksiya tushishining 3 xil mexanizmini ko'rsatadilar.

Birinchi variantida peritonit kesarcha kesish vaqtida qorin pardaga infeksiya tushishi oqibatida (birga keluvchi xorioamnionitda, uzoq kechuvchi oralig'ida) infeksiya manbai bo'lib, operatsiya vaqtida qorin bo'shlig'iga tushgan bachadondagi hosilalar (erta peritonit) xizmat kiladi. Peritonitning klinik belgilari operatsiyadan 1-2 kun o'tgach, bachadonda choklar germetikligi saqlangan holda yuzaga keladi. Peritonitning rivojlanib ketishi natijasida ularning ikkilamchi yetishmovchiligi kelib chiqishi mumkin.

Kesarcha kesishdan so'ng qorin bo'shlig'iga tushuvchi infeksiya manbai falaj natijasida toksin va bakteriyalarga nisbatan o'tkazuvchanligi ortgan ichak devoridir. Bu faraz bundan 100 yil muqaddam bayon qilingan va keyingi izlanishlar natijasida bir necha bor ma'qullangan. Ammo mikrobnig qorin bo'shlig'iga tushishi peritonitning tipik ko'rinishi bo'lgan massiv ekssudat bilan kechadi, og'ir funksional va metabolik o'zgarishlar esa faqat ma'lum sharoitlarda yuzaga keladi.

Peritonitning uchinchi va ko'proq uchraydagan varianti bachadonda choklar yetishmovchiligi natijasida qorin bo'shlig'ining infeksiyalanishiga asoslangan. Akusherlik peritonitning klinik ko'rinishi umumiy va mahalliy o'zgarishlarga asoslanadi. Akusherlik peritonitida mahalliy o'zgarishlar kamroq rivojlangan va reaktiv faza intoksikatsion fazaga tezda o'tib ketadi. Shuning uchun "erta" akusherlik peritonitida intoksikatsiya belgilari ustun bo'ladi, psixomotor qo'zg'alish, chanqash, shilliq parda qurishi, taxikardiya, holsizlik. Bemor ahvolining og'irligi Infeksiyaning virulentligi va poliorgan yetishmovchiligi sindromi rivojlanish tezligi bilan aniqlanadi, qisman uzoq davom etuvchi tug'ruqlar natijasidagi gipovolemiya darajasiga, operatsiya jarayonida qon yo'qotilishining og'irishiga, elektrolit va suyaklikning ko'p miqdorda yo'qotilishiga ham qaraladi.

Akusherlik peritoniti ikkinchi formasining klinik ko'rinishida, avval ichaklar parezi ustunlik qiladi, tug'ruqdan keyingi endometrit belgilari ikkinchi o'rniga o'tadi. Bemor ahvolining og'irligi, ichak baryer funksiyasining buzilishi va bachadondagi toksik mahsulotlarning rezorbsiyasi hisobiga o'sib boruvchi intoksikatsiya belgilari bilan aniqlanadi. Bachadon choklari yetishmovchiligi natijasida infeksiyon agentning qorin bo'shlig'iga tushishi orqali yuzaga keluvchi uchinchi formanig klinik ko'rinishida mahalliy simptomatika yaqqolroq namoyon bo'ladi. Ichaklar falaji aniq rivojlanganda Schetkin-Blyumberg simptomi musbat bo'ladi, "mushakli himoya", qayt qilish, suyuq va tez-tez ich kelishi o'tkir hid bilan, palpatsiyada aniq lokal og'riqlar bo'ladi. Lekin kompleks jadal terapiya fonida peritonitning klinik belgilari ko'rinmasligi va uni faqat "qaytuvchi" simptomatika yuzaga kelgach aniqlashimiz mumkin. Kesarcha kesishdan keyingi tarkok peritonitda kompleks jadal terapiya Kesarcha kesish operatsiyasidan keyingi yoyilgan peritonit bilan og'rigan bemorlarni davolash taktikasi uning shakli, kasallik kechishining og'irligi va konservativ terapiyaning samaradorligiga bog'liq. «Erta» peritonitda davolash taktikasi kompleks konservativ terapiya o'tkazishga asoslanadi va faqatgina undan samara bo'lmaganda hamda bemor ahvoli yomonlashishi (ichak falajining tuzalmasligi va paralitik ichak tutilishiga o'tishi, qorin bo'shlig'ida ekssudat paydo bo'lishi, taxikardiya, taxipnoe) jarrohlik operatsiyasini o'tkazishga ko'rsatma bo'ladi. Peritonitning 2-variantida kompleks jadal terapiya bemorni operativ davolashga tayyorlash uchun o'tkaziladi. Parezga qarshi ko'pgina usullar (peridural anesteziya, tozalovchi huqna, sifonli huqna, umbritsit, kaliy xlor, serukal, simagel 10 ml dan har soatda 4 mahal ichishga) o'tkaziladi. Peritonitning 3-variantida tezkor operativ davolash o'tkaziladi, bachadonni uning naylari bilan birga ekstirpatsiyasi, peritonitning reaktiv fazasida qorin bo'shlig'ini tikilmagan qin orqali va yon kanallarning pastki qismlaridan drenajlash, peritonitning intoksikatsiya fazasida esa qorin bo'shlig'ining yuqori sohalarini drenajlash va qorin bo'shlig'ini yuvish. Operatsiyaning maqsadi infeksiya manbaini, ya'ni infeksiyalangan bachadonni yo'qotish va qorin bo'shlig'ini drenajlashdir. Bachadon yuzasidagi choklar yetishmovchiligida bachadonni olib tashlash ayniqsa zarur. Ayni vaqtda ichaklar baryer funksiyasi buzilganida qorin bo'shlig'ini sifatli drenajlash ayniqsa katta ahamiyat kasb etadi. Operatsiya

vaqtida jarroh ekssudatning tabiatiga ko'ra (seroz, fibrinoz yoki yiringli) va qorin bo'shlig'i zararlanishining tarqalganligiga ko'ra (cheklangan, diffuz yoki to'liq) peritonitning shaklini aniqlashi lozim. Ko'pchilik hollarda kesarcha kesish operatsiyasidan keyin 4-kunga kelib yiringli ekssudat aniqlanadi va qorin pardaning zararlanishi ko'pincha diffuz bo'ladi. Peritonit shaklini aniqlash «qorin bo'shlig'i dializi»ni qo'llash muammosini xal qilish uchun zarur. Bu muolajani o'tqazish uchun ko'rsatma bo'lib total peritonit yoki peritonitning og'ir intoksikatsiya bilan kechuvchi shakli hisoblanadi. Kesarcha kesish operatsiyasidan keyingi peritonitni maxalliy davolash (bachadonni olib tashlash, qorin bo'shlig'ini, oshqozonni, ba'zi bemorlarda ichakni drenajlash, ileostomiya) bilan birga umumiy terapiyani ham o'tkazish lozim. Umumiy terapiyaning maqsadi patofiziologik buzilishlar kompensatsiyasi va infeksiya hamda intoksikatsiyaga qarshi kurashishdir. Umumiy terapiyani belgilovchi holatlarni ko'rib chiqq turib, davolash muolajalarining bajarilish ketma-ketligiga e'tibor bermay bo'lmaydi. Kesar kesish operatsiyasidan keyingi peritonitda oshqozon ichak traktida hech qanday destruktiviyalar bo'lmaganida, operativ davo shoshilinch ko'rsatmalarga ko'ra o'tkaziladi. Biroq u destruktiv appenditsit, oshqozon va ichaklar yarasi bilan chaqirilgan jarroxlik peritonitidan farqli o'laroq, bir necha soat bilan chegaralanmaydi. Shunga ko'ra, umumiy terapiya operativ davodan oldin yoki u bilan birga olib borilishi lozim. Kompleks intensiv terapiya o'tqazishning asosi bo'lib, yo'naltirilgan ta'sirga ega bo'lgan qon o'rnini bosuvchi eritmalarni va qonning kolloidosmotik xolati ko'rsatkichlarining ionotor nazorati ostida muvoztlangan ion tarkibga ega bo'lgan eritmalarni keng qo'llagan holda boshqariluvchi gemodilyutsiya metodi bilan amalga oshiriluvchi infuzion-transfuzion terapiya hisoblanadi. Katta mikdordagi suyuqlikni (4-5 l) organizmga kiritish tezlashtirilgan diurez (kiritilgan har 1 l suyuqlikdan keyin 0,02 r furosemid, spazmolitik vositalar bilan birga) fonida o'tkaziladi.

Bir qator muolajalar mikrotsirkulyatsiyaning buzilishi va DVS sindromini yo'qotishga qaratiladi. Bu maqsadda sutkasiga 500 TB/kg (tana massasi) dan geparin, nikotin kislotasi - Zmg/kg dan, eufillin 10 mg/kg dan, reopoliglyukin 15 ml/kg dan, kontrikal-100 YeD/kg dan qo'llaniladi. Parenximatoz a'zolar funktsiyasini va to'qima metabolizmini yaxshilash maqsadida 1% li glyutamin kislotasi va koferment preparatlari kokarboksilaza, folat kislotasi, sirepar qo'llaniladi. Peritonitda endogen va ekzogen proteinazalarning esteraz faolligini tormozlovchi proteazalar ingibitorlarini qo'llash tavsiya etiladi. Proteazalar ingibitorlari - trasilol, kontrikal, gordoks qonda antigenlik xossasidan xoli bo'lgan turg'un nafaol komplekslar hosil qiladi va proteolitik fermentlarni katalitik faollikdan mahrum kiladi. Ularning davolovchi ta'siri kininogenezni tormozlash yo'li bilan amalga oshiriladi.

Immunoterapiya gammaglobulin, zardobli globulin, antisgafilokok plazma, vaksina, immukoaktiv plazma, leykotsitar massa qo'llashni o'z ichiga oladi. Organizm himoya kuchlarini yaxshilash maqsadida biogen stimulyatorlar (dekaris, pentoksil, metiluratsil) qo'llanadi.

Antibakterial terapiyani bir vaqtning o'zida 2-3 ta preparat bilan o'tkazish kerak. Antibiotiklarga mikroflora sezgirligini hisobga olgan holda 10 kundan keyin almashtiriladi. Antibiotiklar sefalosporinlar (fortum 2 g dan har 8-12 soatda m/ora yoki t/i ra, siprinol, sefamed, sefamizin, megatsef 750 mg v/i 3 mahal kuniga 3-5 kun davomida), aminoglikozidlar (merkatsin, kanamitsin, gentamitsin), ftorxinolonlar(oflo) kiradi. Anaerob preparatlardan metrogil qo'llanadi.

Antibiotiklar bilan bir vaqtning o'zida nitrofurani qatori preparatlari, zamburug'ga qarshi preparatlar (fluzamed), kolibakterin kabi preparatlar buyuriladi.

Anaerob flora tomonidan chaqirilgan peritonitda kuchli antigipoksik, antiparetik va detoksikatsion ta'sir ko'rsatuvchi giperbarik kislorodni qo'llash maqsadga muvofiq.

Diagnoz qo'yilgandan so'ng operativ davoni hayotiy zarur bo'lgan a'zolar funksiyasini yo'lga ko'yish maqsadida kompleks davo bilan birgalikda olib borish lozim.

Umumiy og'riqsizlantirish (intubatsiya, IVL) ostida operatsiya qilinadi (12 soat davomida konservativ davo effekti bo'lmasa). Qorin oldingi devorida pastki o'rta laparotomiya yo'li qo'llaniladi va qorin bo'shlig'ining sanatsiyasi va drenajlash bajariladi. Ekssudat bakterial ekmaga va antibiotiklarga sezgirlikka olinadi. Qorin bo'shlig'ini drenajlash (peritoneal dializ), yo'g'on ichak intubatsiyasi (ichak dekompressiyasi bajariladi).

Intensiv terapiya ko'p komponentlar bilan olib boriladi. Diurez va qon biokimyoviy tekshiruvlari ostida olib boriladi (elektrolitlar, oksil, oqsil fraktsiyalari, mochevina, kreatinin, glyukoza, bilirubin va boshkalar). Suv-elektrolitlar almashuvi korrektsiyasi kaliy, kaltsiy va Ringer-Lokk suyukliklari bilan bajariladi. Shular bilan birgalikda volemik preparatlardan kolloid eritmalar refortan va sgabizol v/i yuboriladi.

Oqsil moddalardan: albumin, proteini, plazma, aminokislotalar aralashmalari (infuzol) qo'llaniladi. Hammasi bo'lib sutkada 3 l suyuqlik diuretiklar fonida va S V D tekshiruv ostida olib boriladi. Infeksiyaga qarshi antibiotiklar qo'llaniladi.

Qorin bo'shlig'iga merkatsil, kanamitsin 1 g dan 2 mahal sutkada qo'llaniladi. AB terapiya fonida gormonal terapiya qo'llaniladi (prednizolon, deksametazon). Oshqozon va ichaklar motor-evakuator funksiyasini yaxshilash maqsadida nazogastral zovd, peridural blokada qo'llaniladi. Falajga: prozerin, 10% natriy xlorid 100,0 t/i tomchilab, serukal 2.0 m/o, kaliy xlorid 1% t/i, ubretid 1,0 m/o, gipertonik klizma, Ognev klizmasi (30,0 glitserin, 3% peroksidi, 10% natriy xlorid) yoki sifon klizma).

Vitaminoterapiya: B, C, E guruhlari.

Immunomodulyatorlar: T-aktivin, immunomodulin, timalin.

Desensibilizatsiya maqsadida: dimedrol, pipolfen, suprastin, kaltsiy xlor.

Yurak faoliyatiga: riboksin, korglyuqon, kokarboksilaza.

REFERENCES

1. Adams, N.P., Bestall, J.C., Jones, P., Lasserson, T.J., Griffiths, B., & Cates, C.J. (2008). Fluticasone at different doses for chronic asthma in adults and children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, 4, CD003534. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003534.pub3>.
2. Campbell, J.R., & Palazzi, D.L. (2017). *Candida infections in children*. UpToDate. Retrieved 5 July 2021 from <https://www.uptodate.com/contents/candida-infections-inchildren>.
3. Ericson, J., & Benjamin Jr, D.K. (2016). *Candida*. In R. Kliegman, J. St Geme, N. Blum, S. Shah, R. Tasker & K. Wilson (Eds), *Nelson textbook of pediatrics* (21st edn, pp. 1640-1642). Elsevier.
4. Gaensbauer, J., Nomura, Y., & Ogle, J.W. (2020). Infections: Parasitic and mycotic. In

- W. Hay, M. Levin, M. Abzug & M. Bunik (Eds), *Current diagnosis and treatment: Pediatrics* (25th edn, pp. 1291-1329). McGraw-Hill Education.
5. Oakley, A. (2003). *Candida*. DermNet NZ. Retrieved 5 July 2021 from <https://www.dermnetnz.org/topics/candida/>.
 6. Salokhiddinova, H. Y. (2023). Morphological Features of the Human Body in Energy Drink Abuse. *EUROPEAN JOURNAL OF INNOVATION IN NONFORMAL EDUCATION*, 3(5), 51-53.
 7. Salokhiddinova, X. Y. (2023). INFLUENCE OF EXTERNAL FACTORS ON THE MALE REPRODUCTIVE SYSTEM. *EUROPEAN JOURNAL OF MODERN MEDICINE AND PRACTICE*, 3(10), 6-13.
 8. Djalilova, Z. (2023). THE USE OF LATIN TERMINOLOGY IN MEDICAL CASE. *Академические исследования в современной науке*, 2(14), 9-15.
 9. Valijonova, O. M. (2023). Aseptic and antiseptic in therapeutic dentistry. *Best Journal of Innovation in Science, Research and Development*, 2(10), 517-521.
 10. Valijonova, O. M., & Bahodirova, N. M. (2023). TREATMENT OF HYPERESTHESIA AFTER TEETH WHITENING. *Научный Фокус*, 1(1), 459-465.
 11. Dilmurodova, T. D. (2023). MORPHOLOGICAL ASPECTS OF THE THYROID GLAND IN VARIOUS FORMS OF ITS PATHOLOGY. *American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences* (2993-2149), 1(8), 428-431.