

Ўзбекистон Республикаси олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги

Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги

Тиббий таълимни ривожлантириш маркази

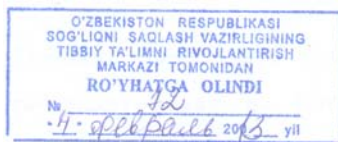
Самарканд давлат тиббиёт институти

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўз Р ССВ Фан ва ўқув юртлари
бош бошқармаси бошлиғи
проф. Ш.С. Атаханов
2013 й « 4 » *феврал*
№ 2 баённома

«КЕЛИШИЛДИ»
Ўз Р ССВ Тиббий таълимни
ривожлантириш маркази
директори
М.Х.Алимова
2013 й « 4 » *феврал*
№ баённома

КУЙИШ КАСАЛЛИГИ ВА УНИ БОСКИЧЛИ ДАВОЛАШНИНГ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ

(Тиббиёт олий ўқув юртлари юқориги курс талабалари, мустакил
тайёрланувчилар, магистрлар ва амалиётда ишлаётган хирурглар учун
ўқув-услубий қўлланма)



Самарканд-2013

Тузувчилар: С.А. Абдуллаев – т.ф.д. профессор, СамМИ педиатрия
факультети хирургик касалликлари
курси мудири.

А.С.Тоиров - СамМИ педиатрия факультети хирургик
касалликлари курси ассистенти

А.И. Ахмедов - СамМИ педиатрия факультети хирургик
касалликлари курси ассистенти

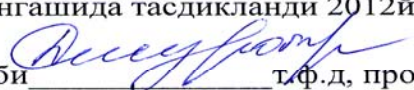
Такризчилар: Х.К. Карабаев - т.ф.д. СамМИ даволаш факультети 6-7
курслар хирургияси
кафедрасининг профессори.

П.У. Уринбоев- т.ф.д. проф СамМИ травматология, ортопедия
ва нейрохирургия кафедрасининг мудири.

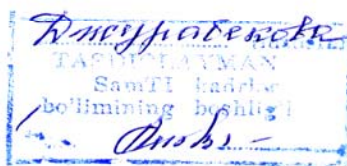
А.Д. Фаязов - т.ф.д. РШТЎИМ комбустиология булими рахбари,
Ўзбекистон Республикаси ССВ бош
комбустиологи

МУК баенномасидан кучирма 2012й «24» 12 № 11

СамТИнинг илмий кенгашида тасдикланди 2012й «26» 12 № 12

Илмий кенгаш котиби  т.ф.д, проф. А.Т.Джурабекова

**Тиббиёт олий уқув юртлари юқориғи курс талабалари, мустақил
тайёрланувчилар ва магистратура - резидентлари учун уқув- услубий
кулланма**



Кириш

Куйиш умумий травмалар таркибида асосий урнини эгаллайди. Куйиш куп асрлик узок тарихга эга булиб, уни даволаш усуллари хозирги вақтда клиник медицинанинг олдида турган муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Хар кунги маиший ҳаётда, ишлаб чиқаришда, тинчлик ва уруш вақтларида учрайдиган хар хил ҳалокатлар натижасида келиб чиқадиган катта ва чуқур куйишлар суръати купаймоқда. Патогенезининг огирлиги, даволашдаги кийинчиликлар ҳамда улим тафсилотининг юқорилиги бу муаммонинг долзарблигини курсатади. Жаҳон Соғлиқни Саклаш Ташкилоти (ЖССТ) нинг берган маълумотиға асосан куйиш умумий травмаларнинг ичида 2-3 уринни эгаллайди. Саноати тараккий этган мамлакатлар (АҚШ, Япония) куйиш билан жароҳатланиш хар 100 минг аҳолининг 290-300тасида учрамоқда. Россия федерациясида эса хар 100 минг аҳолидан 441 тасида кузатилмоқда. Улим курсаткичи куйиш марказларида ётқизилган хар хил типдаги касалликлар орасида 3,8-31,5%ни ташкил қилса, огир куйганларда юқори булиб, 33,3-82,2%ни ташкил қилмоқда. Охирги йилларда хар хил технологик ҳалокатлар, огир мусибатлар натижасида бир вақтнинг узида оммавий куйишлар суърати купаймоқда, бунга мисол қилиб Чернобил фожеаси, «Комсамалец» сув ости кемаси, Арманистондаги ер қимирлашлар ва Бошқирдистондаги катта портлашни келтириш мумкин.

Хар қандай ҳалокатларда ҳамма моддий шароитлари етарли булган шаҳарларда ҳам, тиббий ёрдам курсатиш солиқни саклаш тизими саёз булган ёки бориш кийин булган турар жойларда ҳам содир булганда тиббий ёрдам курсатиш муаммоси янада чуқурлашади. Куйиш жароҳатини олган ярадорларга тиббий ёрдам курсатиш ва эвакуация қилишни ташкил қилиш вақтиға ва турар жойларига қараб куйидаги этаплар гуруҳига булинадилар:

- **Биринчи** госпиталғача булган этапда қишлоқ ва шаҳар аҳолисиға биринчи тиббий врачлик ёрдами курсатилади.

- **Иккинчи** (госпитал) этапда махсус куйиш булимлари ва марказлари булмаган қишлоқ хужалиги билан шугулланувчи туманлар ва шаҳар аҳолисиға малакали ёрдам курсатилади.

- **Учинчи** хал қилувчи босқичда, куйган булимлар ёки марказлари булмаган вилоят ва шаҳар аҳолисиға махсус тиббий ёрдам курсатилади. Махсус куйиш булимлари ва марказлари шаҳар аҳолиси учун иккинчи даволаш эвакуация босқичи ҳисобланади.

Замонавий ҳалокат тиббиётининг стратегияси буйича жароҳатланиш бир вақтнинг узида оммавий булса (табиат ҳалокатлари), зудлик билан

тиббий ёрдам курсатиш 3 боскичда утказилади: биринчи боскич жароҳат олган жойларда, иккинчи боскич жароҳат учогига якинроқ жойлашган даволаш масканларида ёки махсус ташкил килинган хоналарда ва учинчи махсус марказларда курсатилади. Ваҳоланки, ҳалокат жойида бирламчи тиббий ёрдам курсатишнинг иложи бўлмайди. Куйганларни замонавий даволаш тактикаси биринчи этапида жанговор вазиятга, ҳалокат учогига ҳолатга, ҳалокатнинг катталигига ва тиббий ёрдам бригадасининг имкониятига қараб тубдан узгариши мумкин. Ҳозирги вақтда биринчи ёрдам курсатиш боскичидан тортиб махсус ёрдам курсатиш боскичигача ҳар бир этап учун тиббий эвакуация вазифалари, тиббий ёрдам курсатиш ҳажми ва унинг реабилитацияси аниқ курсатилган. Куйиш жароҳати билан унинг даражасини, диагностикасини прогнозини, даволаш усулларини бир хил ҳолга келтиришда ҳамма даволаш масканлари ва тез тиббий ёрдам хизматини ташкил қилишда ишлайдиган врачларда бир хил тушунча ва бир хил мезонларни ишлатишлари учун замонавий куйишлар таснифига асосланишлари лозим.

Куйишлар таснифи:

Термик агентнинг характерига, локализациясига, куйиш майдонига ва чуқурлигига, куйиш касаллигининг кечиш даврига, қушимча жароҳатлар (комбинацияланган жароҳатлар)нинг борлигига қараб қушимча текширишлар утказилиши зарур. Бундан ташқари жароҳатланганларнинг ёши (болалар, усмирлар ёши, катта ёшлилар ва қариялар) албатта ҳисобга олинади.

Термик куйиш бу баланд ҳароратнинг организмга ва унинг туқималарига таъсиридан келиб чиқадиган жароҳат туридир.

Термик куйишлар этиологик омилларига қараб олов, иссик суюқлик, буг, иссик ҳаво, қумир чуқи, электр тоқи билан куйиш турларига бўлинади. Уларнинг локализацияси (юзи, панжалари, танаси, қул ва оёқлари) куйган майдони ҳажмига қараб ҳар хил бўлиши мумкин. Куйган беморлар ахволининг оғирлиги ва келгусидаги башоратни баҳолашда куйиш юзасининг ҳажми ута муҳимдир. Шунинг учун тула бўлмаса ҳам уларни зудлик билан врачлик ёрдами курсатиш пайтида аниқлаш зарур. Одам танасидаги тери ҳажми унинг узунлигига боғлиқ. Беморнинг тана тузилиши ва унинг семизлиги ҳисобга олинмайди. Куйган яранинг умумий ҳажми бутун тана ҳажмига нисбатан олинади ва 100% деб қабул қилинган. Термик куйишларнинг майдонини тахминий мулжал қилишда энг оддий, амалиётда

ишлатишга кулай булган усуллар ишлатилади. Булар «туккизлик коидаси» ва «кафт коидаси» хисобланади.

«Туккизлик коидаси» буйича тери билан копланган тана юзасининг майдони куйидагича: бош ва буйин-9%, хар бир кул- 9% дан (иккита кул18%), хар бир оёк -18% дан (иккита оёк 36%), гавданинг олд кисми -18%, гавданинг орка кисми -18%, оралик сохаси ва ташки жинсий аъзолар -1%, жами булиб 100%дан иборат. «Кафт коидаси» буйича куйган одамнинг кафти тахминан 1% ни ташкил килади. Куйиш майдонини аник курсатиш учун одам танаси контурлари туширилган ва сегментларга булинган махсус штамп оркали аникланади. Хар бир сегменти тана юзасининг 1% га тенг. Куйишнинг чукурлигига караб куйидаги 4 даражага булинади:

I- даражасида терининг юзаки эпидермис каватининг кисман куйиши булиб гиперемия ва каттик куйдирувчи огрик билан юзага чикади.

II- терининг эпидермис кавати батамом жарохатланиб эпидермис уз урнидан кучади, ичи суюкликка тулган пуфаклар хосил булади (пуфакли шакли). Дастлабки икки-уч кун ичида каттик огрик булади.

III«А»- эпидермис йук, хусусий дерма каватининг усувчи каватигача куйиш булиб, юмшок тукималари шишган, таранглашган, куйган юзаси кизгиш ялтирок рангда, юпка, ёркин малла рангдаги струп билан копланган, томирлар куринмайди, огрикли ва тактил сезгилар кучайган.

III«Б»- терининг хамма кавати куяди, некроз хосил булади, тук кукарган-окиш струп билан копланган, тромблашган веналарлар куп куринади. Струп бармоқлар билан ушланганда улар йигилмайди, тагидаги кават билан махкам ёпишган. Огрик ва тактил сезги йуколган.

IV тери таги ёг катлам, мушаклар, пайлар хатто суяклар хам куйиши мумкин. Чукур каватлари некрози, струп каттик, калин, айрим холатларда кора рангда ёки тим кора кумир рангида.

I, II, III А даража юзаки куйишларга кириб, тери копламаси унинг тагидаги хужайра элементларининг сакланиб колганлиги учун узида эпителизация булиш хусусиятига эга.

Биринчи даража куйишида буладиган тери гиперимияси ва шиши 2-3 кундан кейин утиб кетади, эпидермиснинг юзаки кавати кучади ва биринчи хафтанинг охирларида куйган яра битади.

Иккинчи даража куйганда 3-4 кундан кейин яллигланган-экссудатив холат камаяди. Яранинг батамом битиб кетиши 10-14 кунларда кузатилади. Куйган ярада узидан кейин чандик колмайди, кизариш ва теридаги доғлар бир неча хафта сакланиши мумкин.

Учинчи (IIIA) даража куйиш йиринглаш билан утади. Яранинг тозаланиши 2-3 хафта давом этади, батамом битиб кетиши 4-6 хафта ичида содир булади. Яра битгандан кейин тургун дог колади ёки гипертрофик ва келлоид чандик хосил булиши мумкин.

Учинчи (III Б) ва туртинчи (IV) даражали куйишлар чукур куйишларга кириб, тери копламасининг тикланиши жуда узокка чузилади, битганда ҳам хар хил чандиклар хосил килади ва контрактуралар пайдо булиши мумкин. Шунинг учун бу даража куйишларда уз вақтида хирургик операция ёрдамида ауто лахтак билан пластика килиш керак.

Учинчи Б даражали куйишларда йирингли деморкация яллигланиш 2-3 хафта давом этади. Кейин яра аста-секинлик билан улган туқималардан 3-4 хафта давомида тозаланилади ва майда донали грануляция билан копланади. Яра ана шу даврда терини аутодермотрансплантация килишга тайёр булади.

Туртинчи даражали куйишда улган туқималар жуда секинлик билан кучади, хусусан пайлар, суяклар ва бугимлар куйганда бу ҳолат содир булади. Купинча йирингли асоратлар юзага чиқади. Кул ва оёқларда IV даражали куйишларда ҳатто ампутация килиш ҳолати ривожланиши мумкин. Учинчи Б ва туртинчи даража куйишларда жуда муваффақиятли операция килингандан кейин ҳам хар хил гипертрофик ва келлоид чандиклар, контрактуралар ва хар хил деформациялар қолиши мумкин.

Учинчи А ва Б даража куйишларда унинг хақиқий чуқурлигини жароҳатдан кейинги биринчи кунлари аниқлаш ута қийин булиб, тахминий аниқланади ва бир хафта ҳатто ундан кечроқ муддатларда струп чегараси аниқ деморкация булганда тугри аниқлаш мумкин. Чегараланган куйишларда купинча маҳаллий узғаришлар булади, айрим ҳолатларда умумий тез утувчи таъсирлар курсатиш мумкин.

Куйиш касаллиги урта ёшли беморларда тана терисининг 10-15 % куйганида ривожланса, қари кишиларда ва ёш болаларда 5 % тана терисининг чукур куйиши ривожланиши мумкин.

Врачлар учун госпиталгача булган этапда куйиш касаллигининг биринчи даври, яъни куйиш шоқини аниқлаш ута муҳим ҳисобланади. Бу ҳолатнинг огирлиги куйган тана терисининг ҳажмига, куйишнинг чуқурлигига ва жароҳатланган кишиларнинг ёшига боғлиқ.

Шундай қилиб куйиш касаллиги куйидаги 4 даврларга булинади:

Куйиш шоқи (24-48 соат куйгандан кейин давом этади), уткир куйиш токсемияси (травмадан кейин 3-7 суткаларда ривожланади), септикотоксемия (жароҳатдан кейин 8-10 сутка ва тери копламасининг

тикланишига кадар), реконвалиценция (Тери копламаси тиклангандан кейин юзага чикади).

Куйиш шоки бу синдром булиб, унинг асосида (шиллик пардалар) терининг термик жарохати ётади. Бу ҳолат травма олгандан кейин жароҳатланганлар организмида бирданига ривожланиб, марказий, регионар ва периферик гемодинамиканинг бузилиши натижада купрок микроциркуляция ва модда алмашинувининг ҳар хил патологик узгаришларига олиб келади. Гемодинамикадаги узгаришлар туқималардаги қон билан таъминланиш ҳолатининг етишмовчилиги билан характерланиб, қон айланиш марказлашади, юракнинг минутлик ҳажми пасаяди ва циркуляциядаги қон ҳажмининг камайиши кузатилади. Плазманинг йуқолиши (Плазмапотеря) ва гемоконцентрация кузатилиб диурез пасаяди. Қалла, қурак кафаси ва нафас йуллари қуйганда ташқи нафас, организмда газ алмашинувининг ёмонлашуви, сув электролитлар мувозанати, оксиллар, карбон сувлар ва ёғлар алмашунувиларининг бузилиши кузатилади. Асосий модда алмашунуви бирданига қутариларди. Куйиш шокига диагноз қуйишда, бошланғич даврларда оддий мезонлардан- қуйиш майдонининг умумий ҳажми ва Франк индекси (ФИ) дан фойдаланиш зарур. Куйишнинг умумий майдони деганда юзаки ва чуқур қуйишлар майдонининг умумий жамланиши тушунилади. Франк индекси юзаки ва чуқур қуйишлар майдонининг интеграл тузилмасининг маълум бирликда ифодаланишидир.

Франк индексини ҳисоблашда ҳар бир юзаки қуйишнинг 1%и битта бирлик индексига, чуқур қуйишнинг 1%и уч бирликга тенг. Қушимча нафас йуллари қуйганда унинг оғирлигига қараб эквивалент ҳолда 15-30 Франк индексининг бирлигига тенг.

Куйиш шокнинг клиник ривожланишида юзага чиқадиган соғ теридаги ва шиллик пардалардаги оқариш, цианоз, тана ҳароратининг пасайиши, тахикардия, ҳансираш, диурезнинг пасайиши, чанкоклик, ичаклар парези каби белгиларга эътибор бериш керак. Куйиш шокининг клиник қуринишига ва унинг кечиш муддатининг чузилишига қараб енгил, оғир ва ута оғир шок даражаларига бўлинади. Енгил шокнинг нафас йуллари жароҳатсиз бўлганда утиш муддати 24 соатни уларнинг биргаликда кузатилганда 48 соатгача давом этади. Оғир шок 48 соатгача чузилади. Ута оғир шок бир неча соатдан (улганларда) 72 соатгача (шокдан чиқарилган қуйганларда) давом этади. Куйиш шокининг келгусидаги башоратини аниқлашда қуйидаги мезонлар ишлатилади: Франк индекси, қуйишнинг умумий майдони, беморнинг ёши ҳисобга олинади. Ана шу критериялар асосида

куйиш шокининг окибати яхши, гумонли ва окибати яхши булмаслиги мумкин.

Бундан ташкари куйиш шокининг прогнозини аниклашда «юзлик коидаси (ЮК) – бемор ёшининг сонлари ва куйишнинг умумий майдони сонига кушилган йигиндиси кулланилади. Масалан: беморнинг ёши 60 ёшда, куйиш юзаси 40%, демак $60+40=100$. Бу ута огир шок даражасини курсатади. Нафас йулларининг жароҳатини аниклашда беморнинг анамнезига ва объектив курикдаги натижаларга асосланади. Жароҳатнинг бу хилида ёпик бинода ёнгин чикканда, газлар (бензин, ацетон) портлаганда, кийимларининг аланга ланиши ва ёнишида содир булади. Юкори нафас йулларининг куйиши оловнинг таъсиридан, иссик хавони хидлашдан, иссик буг билан ва газланган ёпик бинода қолиш каби холатларда содир булади. Курум заррачаларини хидлаганда, хар хил зарарли газлар ёнганда хосил киладиган копламалар нафас йулларининг ингаляцион жароҳатларига олиб келади. Ана шундай жароҳатлар айрим кичик олов билан куйганларда ҳам булиши мумкин. Курик пайтида юздаги, огиз бушлиги шиллик пардасидаги, томокдаги, бурун бушлигидаги тукларнинг куйиши аникланади ва беморларда хансираш, йутал, томокда ютиниш пайтида оргик, овознинг хириллаши каби белгилар юзага чикади. Бемор балгамида курум заррачалари топилади. Огир холатларда нафас олиш стенотик характерда булиб, ёрдамчи нафас мушакларнинг иштирокида амалга оширилади. Ёнган газ билан захарланганда кузга куринадиган пардаларда, цианоз- тери копламасининг ок-кукимтир рангдалиги, хар хил калтирашлар ва коматоз холатлар каби клиник белгилар пайдо булади. Нафас йуллари жароҳатланиши симптомларига врачлар хамма тез тиббий ёрдам курсатиш этапларида эътибор бериш керак. Нафас йулларининг термоингалацион жароҳатлари билан беморлар махсус булимларга ёки куйиш марказига тушганда термоингалацион травмаларга диагноз куйиш учун кушимча фибробронхоскопия ва рентгенологик текширишлар утказадилар.

Госпиталгача тиббий эвакуация этапида зудлик билан врачлик

ёрдамини курсатиш ва уни ташкил килиш

Бизнинг хар кунги хаётимизда куйганларга зудлик билан врачлик ёрдами госпиталгача этапда асосан поликлиника тизимларида (КВП, медсанчаст, шаҳар травм пунктларида ёки поликлиникаларида), тез тиббий ёрдам биргадалари томонидан, куйиш билан жароҳатланганларнинг оммавий тушишларида махсус тез тиббий ёрдам биргадалари ёки ташкил килинган тез жалб килинадиган тиббий бригадалар томонидан курсатилади. Зудлик

билан ёрдам курсатадиган госпиталгача булган этапларда врачларнинг асосий ташкилий вазифалари куйидагича:

-Юкорида келтирилган мезонлар буйича термик травмаларнинг огирлигини аниклаш ва куйиш шокининг диагностикасини аниклашни.

- нафас йулларидаги термоингалеяцион куйишлар борлигини, комбинациялашган травмалар (латланиш, синишлар, юмшок тукималар жарохати, магистрал томирлар жарохати, бош миянинг жарохати ва хоказо)ни аниклаш.

- биринчи врачгача ёрдам хажмини ташкил килиш, жарохатланганларга ёрдам курсатиш (узи-узига, узаро ва урта тиббий ходимлар ёрдами хажмини аниклаш)

- узаро кетма-кетлик буйича кейинги даволашлар тартибини ташкил килиш

- фалокатлар сабабли жарохатланганларнинг оммавий тушганларида саралашни ташкил килиш.

Кишлок врачлик пунктида, поликлиника (шахар) шароитида врачлар куйганларга зудлик билан бирламчи ёрдам курсатишлари шарт.

Катта булмаган, чегараланган куйишларда бу ёрдам куйган яраларни бирламчи тозалайди ва унинг атрофидаги соғ териларни 3% перекис водород эритмаси билан, хар хил антисептик эритмалар (хлоргексидин, фурацилин, реванол ва бошқалар) билан ювадилар. Агар куйган сохада кучли огрик ва ачиш холати кузатилса ярага 2% -ли новокаин эритмаси билан хулланган салфетка 2-3 минутгача куйилади. Катта ичи сероз суюклиги билан тулган пуфаклар кайчи билан кесилиб ичидаги сув чикарилади, майда пуфакларга тегинмаслик керак. Ана шундай ярани бирламчи ювилгандан кейин ярага сувда эрувчи ёглар билан боғлам ёки антисептик эритмалар, хатто замонавий полимерлар билан ярани ёпиш керак. Беморни госпитализация килишга курсатма булмаса, амбулатор шароитда (поликлиникада) ва травмпунктда жарохатланганларнинг 1%и яра батамом эпителизация булгунча даволанади. Куйиш майдони купрок булган, куйиш локализацияси юзида, кул панжаларида, оёк панжаларида, жинсий аъзоларида булганда уларга стационарга йуланма беради. Чегараланган чукур куйиш билан куйганларга биринчи ёрдам курсатилгандан кейин якин махсус куйганлар марказига ёки булимларига келгусида оператив даволаш учун юборилади. Катта юзаки ва чукур куйишлар билан беморларни куйганлар марказига ёки булимларига юбориладилар. Бундай холатларда КВП, поликлиника шароитида биринчи врачлик ёрдами вена ичига

анальгетиклар юбориш, асептик боғлам (ярани бирламчи ювиш утказмай) куйиш ва уларни стационарга олиб бориш учун махсус врачлар бригадасини чакириш, бордию махсус бригаданинг келиши кечикса, врач беморнинг совук хонада қолиб кетмаслигига йул куймаслик керак. Агар беморда кунгил айланиш, қусиш ҳолатлари кузатилмаса, перорал шока қарши суюқлик ичириш керак. Бу суюқлик таркиби: бир литр қайнатилган сувга бир чой қошиқ ош тузи ва бир чой қошиқ ичимлик содаси солинади. Госпиталгача тиббий этапда КВП ёки поликлиникаларида биринчи врачлик ёрдами курсатилган бўлса, қушимча врачлик ёрдамисиз бемор аҳоли қоникарли бўлганда бирламчи транспорт воситалари билан эвакуация қилиш давомийлиги 30-40 минутни ташкил қилиши керак. Бордию тез тиббий ёрдам бригадаси жароҳат олган жойга чакирилса, (уйига, қучада, бирор иш хонада) врачнинг асосий хизмати бемордаги кечиктириб бўлмайдиган оғир аҳоли бартараф қилишга (нафас олшини тиклаш, юрак фаолиятини яхшилаш), қуйганларга қушимча жароҳат бермаслик тадбирларига, оғрикисизлантирувчи ва седатив доривор моддалар қилишга, шокга қарши инфузион терапия утказишга ва беморнинг совукда қолишига йул куймаслик чораларига қаратилиши керак. Беморни транспорт ёрдамида олиб кетишда госпиталгача бўлган этапда бригада қарамоғида бўлган инфузион моддалар – полиглюкин, лактасол, юрак қон томирн препаратлари, антибиотиклар, анальгетиклар қилиниши керак. Ҳамма препаратлар вена ичига юборилади. Агар беморни транспорт олиб кетиш муддати бир соат ва ундан зиёд бўлганда шокга қарши терапия утказиш шарт. Бу тадбир ёрдамида марказий веналардан бирини катетеризация қилиш билан ва инфузия қилинадиган суюқлик ҳажми $1/2$ -- $1/3$ суткалик миқдоридан ошмаслик керак. Уткир нафас етишмовчилиги кузатилганда трахеяни интубация қилиш, оксигенотерапия ва айрим ҳолатларда трахеостома қуйиш керак. Беморни эвакуация қилаётган врач албатта пульснинг суръатини, қон босимини, беморнинг ҳушини назорат қилиб бориши керак. Беморларни реанимация бўлимлари бор марказий туман шифохонасининг хирургия, травматология ёки қатта шаҳарларда қуйганлар бўлимига, махсус қуйганлар марказига олиб борганда тез тиббий ёрдам врачлари йулланма варагига ҳамма утказилган шокга қарши қилинган тадбирларни ёзиши керак. Беморнинг кейинги даволанишида бу тадбирларни ҳисобга олинади. Беморларнинг бирданига оммавий тушганларида албатта тиббий ходимлар, даволаш дори дармонлари, ҳар хил асбоб ускуналарнинг етишмаслиги кузатилади. Жароҳат учоғида тиббий тактик шароитнинг қийинчилигидан ҳамма қилинадиган ишларни врачлар томонидан

бажарилишга имконият бўлмай қолади. Шунинг учун ҳамма врачлар бригадасини вақтинчалик ташкил қилинган тиббий (эвакуация қилинадиган) ҳалокат бўлган жойга яқин пунктга дислокация қилиниши керак.

Бу пункт вазифасини хоҳлаган иморат ёки армияда ишлатиладиган чодир бажариши мумкин ва беморларга бир вақтнинг узида зудлик билан врачлик ёрдами курсатилиши ва беморларни автотранспортлар ёрдамида иккинчи этапга- госпиталга, малакали ва махсус ёрдам курсатиш масканларига эвакуация қилиш ташкил қилиниши керак. Беморларнинг оммовий тушганларида биринчи врачлик ёрдами курсатишдан олдин албатта уларни саралаш керак. Бу тадбирни тажрибали врач ёки хирург ўтказиши лозим. Чунки кетган вақтни ва кучни эҳтиёт қилиш, беморларни қайта курик учун вақтини йукотмаслик керак. Саралашнинг асосий мақсади жароҳатланганларни оғирлик даражасига, тиббий ёрдамни курсатиш ва уларни автотранспортлар билан юбориш навбатини аниқлашдан иборат.

Оғирлик даражасига қараб ўқта сараланган гурҳларга бўлинади:

I. Ўта оғир қўйган беморлар гуруҳи, яъни беморларнинг агония олди, агония ҳолатидагилари. Уларда қўйиш майдони тана юзасининг 50-100% ини ташкил қилиб ФИ 100 ва ундан ортиқ, ЮК (юзлик қоида) курсатқичи 100 ва ундан қўпроқ.

II. Оғир қўйганлар, тана юзасининг 50%ини ташкил қиладилар. Уларда қўйиш шоқи (енгил ва оғир) ундан ташқари термоингалация нафас йўллари жароҳати бор ФИ-30-100, ЮК-курсатқичи 25-100.

III. Енгил қўйганлар тана юзасининг 10% ни қўйиши, нафас олиш йўллари жароҳати қўзатилмайди. ФИ-30 гача, ЮК 16-65

Қўйган беморларда келтирилган 8 белгиларидан 4 таси аниқланса келгусидаги оқибати (прогнози) яхши бўлмай, қўйганларни биринчи саралаш гуруҳига қирғизиш, агар ундан қамроқ сонли белгилар бўлса, иккинчи саралаш гуруҳига қиради.

Тиббий саралаш тамомлангандан кейин, беморларга ёрдам бериш, яраларга қўйилган боғламларни тўғрилаш ёки уларни маҳкамлашдан бошланади. Қўйган юзаларига боғлам қўйилмаган беморларга асептик боғламлар ёки антисептик эритмалар (фурациллин 1:5000, иодовидон 1% ли эритмаси) оғриксизлантирувичи доривор моддалар (1мл 2% промедол эритмаси, 2мл 50% аналгин эритмаси); 1-2 стакан ишқорли тузли аралашмаси ичишга берилади. Қўриш аъзолари қўйганда уни оғриксизлантириш учун қўзга 2-3 томчи 0,25% -дикаин эритмаси томизилади. Инфекция билан

асоратланмаслиги учун кавок оркасига 5% ли левомецетин мази ва асептик боғлам куйилади. Келгусида кузлар куйишини ва унинг асоратларини даволаш учун махсус офтальмологик даволаш масканларига юборилади. Ана шундай вазият ҳамма уч гуруҳ сараланган куйиш жарохатини олган беморлар учун уз кучини йукотмайди.

Биринчи сараланган гуруҳ энг огир куйиш шоки билан беморларни палаталарга утказилиб уларга симптоматик даволаш муолажаси килинади. Иккинчи сараланган гуруҳ куйганларнинг фарки шундан иборатки уларга шокга карши даволаш тадбирларига мухтождирлар. Шунинг учун бу гуруҳ беморларни куйидагича ажратилади.

Енгил куйиш шоки билан жарохатланганлар (куйиш майдони 10-20% тана юзасига тенг, ФИ-30-60, ЮК-25-65).

Огир куйиш шоки билан жарохатланганлар (куйиш майдони 20-60% тана юзасига тенг, ФИ: 60-90, ЮК-25-75).

1. Енгил куйиш шоки билан беморларни боғлов хонасига юборилади. Жарохат шокига карши перорал терапия утказилади. Уларга даволаш боғлови куйилади ёки олдин куйилган боғламлар тугриланади ва улар медикаментлар ёрдамида эвакуация килишга тайёрланади.

2.Огир куйиш шоки билан беморларни шокга карши палатага комплекс терапия утказиши учун юборилади. Уларга учта катетер: бурунга кислород ингаляцияси учун, марказий венасига инфузион терапия учун ва сийдик копига хар соатдаги диурезни аниклаш учун куйилади.

Шокга карши даволаш анча унификация килиниши керак. Тиббий хизмат ёрдамида врачлар кучи етмаса, бу тадбир марказлашган тиббий муассасаларда ёрдам курсатилади.

Шокнилет перорал даволашда ишкорли + тузли аралашмани ичишга куйидаги тартибда тавсия килинади: бир чой кошик ичимлик содаси, бир чой кошик туз – бир литр сувда аралаштирилади. Бу аралашманинг бир суткалик дозаси организмдаги гидротация холатини куйиш шоки вактида ушлаб туриш, бу организмдаги 10-15 % тана массасига тугри келади. Шокни перорал терапия утказишга карши курсатма булиб, куп марта кусишлар хисобланади. Куйиш шокини перорал даволашда албатта вена ичига куйидаги моддаларни куйиш билан тулдирилиши керак: огриксизлантирувчи (морфин 1%ли 1мл эритмаси, аналгин 50%ли 2,0ёки 2%ли промедол эритмаси), нейролептиклар (дроперидол 0,25%ли 0,2мл эритмаси 1кг тана вазнига), антигистаминлар(димедрол1%-2,0мл эритмаси), юрак томирлар(корглюкон 0,06%-0,5мл,эуфиллин 2,4%-10мл эритмаси)

витаминлар (витамин С 5%ли 2мл, витамин В₆ 5%- 1мл+ 40% -10мл глюкоза эритмаси билан) антикоагулянтлар (гепарин 2500 ЕД).

Курсатилган медикаментлар хар 6 соатда шок холати бартараф килингунча юборилиши керак. Бундан ташкари, куйганларни транспортларда юбориш пайтида хам курсатилган тадбирлар давом эттирилади.

Организмга хаддан ташкари юкламани оширмаслик максадида суюкликнинг 1/2 , 1/3 суткалик микдорлари ичилгандан кейин вена ичига 2мл -1% фуросемид эритмаси юборилади ва перорал бир таблетка гипотиазид (0,05г) берилади.

Куйиш шокининг енгил даражаси кузатилган беморларга айланишдаги кон хажмини тулдириш, микроциркуляцияни ва сувсизланишни пасайтириш максадида вена ичига 400 мл полиглюкин (катта окимда), кейин лактасол – 400мл томчилаб, глюкозанинг 40% --200мл эритмаси (катта окимда) куйилади. Кейинчалик инфузион даволаш коллоид моддалар юбориш билан алмашланади. Полиглюкин ва реополиглюкин 400 млдан, 5% глюкоза эритмаси, лактасол, Рингер эритмаси ёки 0,9%--400мл натрий хлор эритмаси томчилаб куйилади.

Огир куйиш шоки билан беморларга биринчи суткада юкоридаги максадни амалга ошириш учун инфузион даволаш бошланади: полиглюкин 400-800 вена ичига кейин реополиглюкин 400мл оким билан ва томчилаб, лактасол 400мл томчилаб, бундан ташкари мия озикасини яхшилаш, юрак мушаклар фаолиятини яхшилаш максадида диурезни кучайтириш учун 40% 200мл оким билан глюкоза куйилади. Кейинги инфузион терапия коллоид моддалар билан алмашланиб, новокаин, томчилаб куйилади ва 4% гидрокарбонат натрий эритмаси томчилаб куйиш билан тамомланади. Олигоурия холати кузатилганда диурезни стимуляция килиш учун кушимча 20% -- 200 мл маннитол эритмаси вена ичига, ёки лазикс 20-40мг системага кушилади. Иккинчи суткада даволашдаги коллоид эритмаларнинг ва сув-тузли эритмалари куйилиши навбати билан алмашинуви принципи давом этади. Суюкликларни томчилаб куйиш тезлиги куйидагича хисобланади: томчининг 1 минутлик суръати суюклик хажмининг литрига тенг. Бир суткада куйиладиган суюклик хажми 14га купайтирилади. Масалан: 1суткада куйиладиган суюклик хажми 2,8л ташкил килса, демак томчининг суръати 1 минутда $2,8 \times 14 = 39$. Бир суткада 5,6л суюклик куймокчи булсак $5,6 \times 14 = 78$ томчи бир минутда куйилади. Инфузион терапияни бошланишидан ва тамомлашдан олдин юкорида келтирилган медикаментоз моддалар юборилади. Ундан ташкари, тана харорати, диурез, пульснинг сони, АКБ,

куйилган богламлар доимо назоратда булиш керак. Агар яраларда шиш булиб богламлар киса, уни кесиб кенгайтириш керак. Иккинчи сараланган гурух беморларга инфузион ва шока карши медикаментоз даволашдан ташкари куйидаги тадбирлар килинади: оксигенотерапия, кукрак кафаси ва кул оёкларда циркуляр чукур куйишлар булганда некротомия (III Б, IV даражали куйганларда), нафас йулларнинг термоингаляцион куйишларида ингаляцион даволаш, уткир нафас етишмовчилиги ривожланганда трахеостомия куйиш.

Оксигенотерапия: Беморларда хансираш, тери копламаси ва куринадиган шиллик пардаларида цианоз булганда гипоксияни камайтириш учун килинади. Бу муолажа танаффус билан 30-60 минутдан бир-икки соат оралик билан бутун шок даврида кислород ингалятори билан ёки бурун тешикларида катетер куйиш ёрдамида килинади.

Некротомия – кукрак кафаси ва кул оёклардаги циркуляр чукур куйишларда махаллий кон айланишининг бузилишига ва нафас олиш кийинлашганда килинади.

Бунинг учун улган тукуманинг проксимал кисмида унинг дистал кисмигача скапель ёрдамида улган тукума калинлигида узунасига кесмалар килинади.

Кесманинг чукурлиги хосил булган струппинг калинлигига боглик, бордию кесма чукур булса кон окиш холлари кузатилиши мумкин. Шунинг учун доимо хирургик асбоблар: игналар, тикиш учун иплар, кискичлар, игна ушлагич тайёр булиши керак. Кон окаётган томирлар тикилади. Некротомиянинг охирида стерил контурли богламлар куйилади.

Ингаляцион даволаш: Бу даволаш тури бронхоспазмни бартараф килиш ёки уни профилактика килиш учун утказилади. Бундан ташкари куйганларда нафас йулларининг жарохати билан упкада кон айланишини стабиллаштиради, трахея бронхиал шахобчаларидаги гиперсекреция холатини пасайтиради.

Ингаляция килиш учун куйидаги аралашмалар кетма-кет ишлатилади: 2,4 % эуфиллин эритмаси 1-5 мл, 4% гидрокарбонат эритмаси 2 мл ва 125 мг гидрокартизон.

Нафас йуллари куйганда ингаляцион даволашга купинча бронхолитиклар (2,4% эуфиллин 5 мл, бир суткада 2-3 марта) вена ичига кушимча килинади.

Трахеостомия: уткир нафас етишмовчилиги ривожланганда консерватив даволаш эффект бермаса ва сунъий нафас апаратыга куйишда назо ёки рототрахеал интубация килишга шароит булмаса килинади.

Куйиш шокини даволашда утказиладиган вена ичи инфузион даволаш пайтида куйиладиган суюкликлар хажми доимо назоратда булиши керак.

Бунинг учун бир соатлик ва суткалик ажралган сийдик микдори, тана харорати, пульс суръати ва артерия кон босими улчаб турилади. Беморларнинг оммавий тушишларида инфузион даволаш эффективлигини назорат килиш кийинлашади (циркуляциядаги кон хажми, кон айланишининг минутлик хажми) ва уни аниклаш мумкин булмай қолади. Диурезни аниклаш учун сийдик махсус улчанадиган флаконларга йигилади. Олигоанурия юзага чикканда диуретикларни куллашга курсатма булади. Бу моддаларнинг килинишидан мақсад куйиш шоки вақтида буйрак етишмовчилиги, мия ва упка шишларини бартараф килиш. Диурез пасайганда 250мл 20% маннитол ёки 40-60 мг лазикс вена ичига оқим билан юборилади. Ана шу моддалар 30-60 минут ичида диурезни 30-50 мл соатга кутармаса, уларни давом эттириш хавфли булиб, кон айланишида ортикча юклама ва упкада шиш пайдо булишига олиб келади.

Шокка қарши даволаш самара бермаса (анурия, кон босимининг тушиши) беморларни симптоматик даволашни давом эттириш учун палатага утказадилар.

Тана хароратини назорат килиш: Гипертермия (39-40° С) булганда вена ичига (битта шприцда 20 мл 1 лахзада 10 мл 2% ли амидопирин, 1 мл 2% демедрол, 1мл 2% промедол юборилади). Беморнинг бош соҳасига муз тулдирилган идиш ёки совук сувда хулланган сочик куйилади. Агар тана харорати субнормал ва нормал ҳолатига тушса вена ичига юрак дорилари (2% 10 мл сульфокамфокаин ёки 1 мл кардиамин ёки 0,06% корглюкон) вена ичига килинади. Беморда кучли терлаш булса, инфузион моддаларнинг микдорини 800-1200 мл гача асосан сув-электролит эритмалари ҳисобига кутариш лозим.

Куйган беморларнинг шокдан чиқиш мезонлари: диурезнинг ва кон босимининг мустаҳкам нормаллашуви, периферик веналар спазмининг бартараф булиши, бемор тери қопламасининг исиши, тана хароратининг кутарилиши. Беморларни қелғуси махсус касалхоналарга қучириш учун уларнинг транспортда олиб кетилиши мумкинлигини ҳал килиш учун шокнинг тамом булиши фактларини аниқ изохлаш зарур.

Беморлар оммавий тушганларида биринчи врачлик ёрдам курсатишларида куйган яраларнинг тозалаш утказилмайди. Алоҳида таъкидлаш зарурки, беморларга куйиш шоки пайтида бирор амалий муолажа (некротомиядан ташқари) қилинмайди. Қушимча жароҳатланмаслик учун

куйган яраларга асептик боғлам энг яхшиси малхамлар билан боғлам куйган маъкул. Беморлар шокдан чиккандан кейин жуда ифлосланган яра булса, куйилган боғлам тушиб кетсагина куйганларни боғлов хоналарига юборадилар. Комбинациялашган термомеханик жарохатланганларга юкорида келтирилган даволаш тадбирларига кушимча холда кон кетишни тухтатиш, синган суяклар сохасида анестезия килиш, чиккан бугимларни тугирлаш, яраларнинг инфекция билан асоратланиши профилактикаси ва транспортировка учун тахтакашлаш килинади.

Малакали ёрдам: бу ёрдам тиббий эвакуациянинг II этапи (госпитал булиб, кишлок ахолиси ва шахарда яшайдиган кишилар учун зудлик билан врачлик ёрдами курсатилади. Бу этап бир вақтнинг узида махсус куйиш булимлари ёки марказлари булмаганда ва оммавий куйганлар учун даволаш ва эвакуация этапи булиб хисобланади. Бу этапнинг тузилишини марказий туман шифохонасининг реанимация, хирургия ва травматология булимлари ташкил килади. Катта куйишлар билан шок холатига тушган беморларни госпиталгача этапда реанимация булимига, агар бундай булим булмаса, хирургия ёки травматология булимлардаги алохида бир палатага жойлаштирилиб шокга карши даволаш утказилади. Марказий туман шифохонасининг хирургия ва травматология булимларига катта юзаки куйишлар билан (II ва III даражаси), ёки юз-жаг, бармоклар, панжа (оёклар) сохасидаги чегараланган куйишлар билан поликлиникалардан ёки жарохат жойидан тугри келишлари мумкин.

Худди шундай чукур чегараланган куйишлар (III Б-IV даража) билан беморлар ҳам госпитализация килинади. Зудлик билан ёрдам курсатадиган врачлар куйиш ва куйиш касаллигининг патогенези асосларини, куйиш жарохатининг диагностикаси ва уларнинг принципини, шок даврида даволашни ташкил килиш ва уни даволашни, уткир куйиш токсемияси ва септикотоксемия даврларининг патогенезини яхши билишлари керак. Стационар шароитида куйганларга малакали тиббий ёрдам курсатиш шароити, шок холатидаги беморларга интенсив даволаш хажмини кенгайтириш ёки инфузион терапияга изоген оксилли препаратлар (альбумин эритмаси, натив ва курук плазма), антигипоксантилар, антиагригантилар, протеолиз ингибиторлари, гормонлар, мембрана протекторларни кушимча тавсия килиш икониятини яратади. Уткир нафас етишмовчилигида суъний вентиляция утказилади. Анестезиологик ёрдам курсатиш тубдан кенгайди. Махсус куйиш марказларига беморларни юбориш улар шок холатидан чикканидан кейин ва шу марказ рахбарларидан

беморларни утказишга рухсат олингач амалга оширилади. Айрим ҳолатларда регионар куйиш марказлари узлари маслаҳатчи ёки махсус куйганларга ёрдам курсатиш биргадаларини юбориб беморлар ахволини тугри баҳолаш, ёрдам курсатиш ҳажмини аниклаш ва куйиш марказига утказиш тугрисида келишадилар.

Марказий туман шифохоналарида юзаки куйган беморлар даволанишини бошлайдилар ва охиригача тамом киладилар. Уларни даволашда огрикли синдромнинг профилактикаси, яллигланишга қарши, седатив моддалар кулланилади. Физиотерапия, куйган яраларни тозалаш (тушган пайтида) ва кейинчалик ярага сувда эрувчи малҳамлар, антисептиклар, полимер ёпқичлардан фойдаланадилар.

Субдермал куйишлар бўлганда некротик туқиманинг тезроқ жойидан қучиши учун химик некролиз усули ишлатилади.

Беморларнинг оммовий жароҳат олганларида зудлик билан ёрдам курсатишни ташкил қилишда албатта маҳаллий, вилоят ва Республика тез тиббий ёрдам марказлари раҳбарлари ва соғлиқни сақлаш тизими раҳбарияти жалб қилинишлари керак. Зудлик билан курсатиладиган ёрдам ҳажми иккинчи этапда юқорида келтирилган жароҳатларни саралаш ва малакали тиббий ёрдам ҳажми минимал ёки максимал бўлиши шокка қарши терапия утказиш ва маҳаллий даволаш учун воситалар таъминоти асосида утқазилиши принципи сақланади.

Куйганларни махсус тиббий ёрдам курсатиш: Махсус ташкил қилинган Республика куйганлар марказида ва булимларда курсатилади. Бизнинг вилоятимизда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасидаги вилоят куйиш маркази ва Р.Ш.Т.Ё.И.М Самарқанд филиалидаги куйиш булимларида амалга оширилади. Айрим оғир куйган беморлар ва уларнинг оғир асоратлари билан Республика Шошилинч Тиббий ёрдам илмий маркази (Р.Ш.Т.Ё.И.М) қошидаги куйганлар марказидан фойдаланиш мумкин.

Даволашнинг асосий мақсади: Чуқур куйишлар билан беморларнинг, йукотилган тери қопламасини зудлик билан тиклаш, юзаки куйишларда яранинг тезроқ ботишига эришиш, контрактура ва чандикли деформацияларнинг олдини олиш, куйганларни ижтимоий ва меҳнат реабилитациясини утказиш. Енгил, оғир ва урта оғир куйиш шокларида бўладиган гиповолемия ва метаболик узғаришларни биринчи суткада коррекция қилиш коллоид ва сув туз эритмалли суюқликлар 1:1,5:1,2 ва 2:1 нисбатда инфузия қилиш йули билан амалга оширилиши қуйилган. Бунда

куйиладиган суюкликларнинг умумий хажми 30-50-70-90 ва 80-120 мл /кг ташкил килади.

Шок даврининг 2-суткасида гемодинамик ва метаболик курсаткичларнинг стабиллашувига қараб куйиладиган суюкликлар хажми камаяди яни 1/3 ёки 1/2 ни ташкил килади. Ана шу тартибни сақлаган ҳолда килинганда биринчи суткада диурезни соатлик хажми 69-74 мл/соат ва иккинчи суткада 69-104 мл/соат бўлади. Шокнинг 48 соатдан кейин чиқиш даврида айланувчи кон хажми 74,6-80 мл/кг, Нб- 144-146 г/л, гемокрит 41-45, рН-7,34-7,4 да бўлади. Шокка қарши даволаш комплекси ўтказилганда антигипогсантилар (цитохром-С), антиагрегантлар, (трентал), антикоагулянт (бевосита таъсир килувчи гепарин), протеолиз ингибиторлари (контрикал, гордокс, тразисол), витаминлар (С, В₆, В₁₂, а-токоферол) қулланилади. Бизнинг қуйиш бўлимимизда охириги 4 йил ичида қуйган беморлар қонида липидларнинг перекисли оксидланиши ва антиоксидантлар ҳолати яхши урганилмоқда ва шу асосида токоферол ацетат даволаш арсеналига махсус киритилган.

Нафас йуллари қуйганда диагноз қуйиш ва санация мақсадида фибробронхоскопия, ультратовуш билан ингаляция қилиш муҳим ҳисобланади. Ана шундай даволаш тактикалари қулланилиб бизнинг бўлимимизда 330 бемордан 213 тасини (87%) шок ҳолатидан чиқардик. Умумий улим 28-29% ни ташкил қилмоқда.

Қуйишларни маҳаллий даволашда энг фойдали, амалиётда кенг қулланиладиган ва қуйганларга зудлик билан махсус ёрдам курсатишда ҳам қулай ишлатиладиган антисептиклардан: 1% иодовидон эритмаси, хлоргексидин эритмасининг 1:1000, фурацилин 1:5000, 3% перекис вадород эритмаси қулланилади. Бундан ташқари сувда эрувчи малҳамлардан 5% ди-унол (антиоксидант эффекти билан), 5% ли стрептоцид линименти, 1% ва 10% ли синтомицин линименти, левомиколь ва левосин ишлатилади. Энг яхши биологик қопловчи ва некротик туқимларни жойидан қучирувчи воситалардан улик тугилган қачалоклар териси ҳисобланади. Охириги йилларда бу терини ишлатиш бўйича бизнинг бўлимизда маълум тажрибага эгамиз аммо уни топиш жуда ҳам қийин бўлмоқда. Ҳул некроз туқималарни жойидан тезроқ қучишида яхши эффект берадиган туқимали углерод сорбитлари ҳисобланади. (Аут-М). Бу материал бактериостатик, бактерицид ва адсорбция қилиш хусусиятига эга. Охириги йилларда шу мақсадда биз қуйган яраларни маҳаллий даволашда озонотерапия усулини қригизганмиз. Махсус озонлаштирилган суюклик билан ярани аппликация қилинганда некротик туқимларнинг тезроқ жойидан қучишига эришмоқдамиз. Қуйган

беморларни даволашда яхши натижа берувчи ва анъанавий даволаш усулларининг эффективлигини оширувчи бир канча физик усуллар амалиётга киритилмокда.

Ана шу усулларга паст интенсивликдаги лазер нурлари (НИЛИ), магнито-лазер терапияси МЛТ, инфракизил термотерапия (ИККТ) конни ультрафиолет нури билан (УФО) ишлаш, ултратовушли ингалация терапияси (УЗИТ) хар хил выбромассажлар куйган беморлар ётадиган палаталарини аэронизация килиш, айникса хавони озонлаштириш мухим хисобланади. Юкорида келтирилган усулларнинг купчилиги махсус куйиш марказларида ишлатилмокда.

Шундай килиб, хозирги вақтда куйган беморларга зудлик билан врачлик ёрдами курсатиш юкори эффект берадиган янги физик усуллар билан тулдирилдики куйиш касаллигадан кейин ривожланадиган хар хил асоратлар (пневмония, хар хил инфекцион асоратлар) уз вақтида профилактика килиниб яранинг битишини яхшилайти.

Адабиётлар

1. Алексеев А.А., Лавров В.А. Ожоговая болезнь: Патогенетические принципы и методы лечения / //«Анналы хирургии». 1996, №3,с 24-28
2. Алексеев А.А. Лечение тяжелообожжённых: проблемы и успехи Врач. 1998. №4. 32-33.
- 3.Азолов В.В., Жегалов В.А., Дмитриев Г.И. Термические поражения и их последствия: прошлое, настоящее и будущее . тез. докл. VI съезда травматологов и ортопедов России, г. Нижний Новгород, 1997. С- 53.
- 4.Герасимова Л.И. Современные принципы интенсивной терапии при ожоговой болезни. Клинич. вестник. 1996. №2. С-21
5. Кузин, М.И. Синдром системного ответа на воспаление . Хирургия. 2000. №2. 54-59.
- 6.Шатовкин К.А., Шлык И.В. Внесосудистая вода легких при нарушениях газообмена у пострадавших с тяжелой термической травмой / // Материалы XII-го съезда федерации анестезиологов и реаниматологов научные тезисы. – Москва, 2010. – С. 475–476.
- 7.Шлык И.В., Шатовкин К.А. Состояние центральной гемодинамики и волюметрического статуса при синдроме острого повреждения легких у пострадавших с тяжелой термической травмой / // Материалы международной конференции «Актуальные проблемы термической травмы».–Санкт-Петербург, 2006. – С. 101–102.
- 7.Bernabei P., Rigamonti L., Ariotti S. et al. Functional analysis and T- lymphocytes infiltrating the dermis and epidermis of post-burn hypertrophic scar tissues. Burns, 24: 43-8, 1999.
- 8.Castagnoli C., Stella M., Menegatti E. et al. CD 36 is one of the immunological markers expressed by keratinocytes in active hypertrophic scars. Ann. of burns and fire disasters: v.VIII, n.4, p.214-19, Dec.1995.
- 9.Chen Jing, Zhon Yi-Ping, Rong Xin-Zhon. An experimental study on systemic inflammatory response syndrome induced by subeschar tissue fluid. Burns, 26: 149-55, 2000.