

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ
НЕЙРОХИРУРГИЯ ВА ҲАРБИЙ-ДАЛА
ХИРУРГИЯСИ КУРСИ**

**КЎКРАК ВА ҚОРИННИНГ
ЖАНГОВОР ЖАРОҲАТЛАРИ**
(ўқув - услубий қўлланма)

Тошкент - 2008



ТУЗУВЧИЛАР:

Тиббиёт фанлари доктори,
профессор, Россия Федерацияси
тиббий-техник фанлар
академиясининг академиги,
СамМИ нейрохирургия ва ҳарбий-
дала хирургияси курсининг мудирини
**Абдурахмон Маматқулович
Мамадалиев**



Тиббиёт фанлари доктори,
Самарқанд вилоят соғлиқни
сақлаш бошқармасининг бош
нейрохирурги, СамМИ
нейрохирургия ва ҳарбий-дала
хирургияси курсининг доценти
Амирқул Шодиевич Шодиев

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА ИНСТИТУТИ
НЕЙРОХИРУРГИЯ ВА ҲАРБИЙ-ДАЛА
ХИРУРГИЯСИ КУРСИ**

«Келишилган»

Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг
Тиббий таълимнинг ривожлантириш
Марказининг директори доцент
Т.С.Сандов

« 16 » _____ 2008 й.

«Тасдиқлайман»

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг
фан ва ўқув зотлари бошқармаси
бошлиғи Ш.Э.Атаханов

« _____ » _____ 2008 й.

**КЎКРАК ВА ҚОРИННИНГ
ЖАНГОВОР ЖАРОҲАТЛАРИ**

(талабалар, клиник ординаторлар ва
нейрохирурглар учун мўлжалланган ўқув-
услубий кўлланма)

Тошкент - 2008

Ўқув-услубий қўлланма медицина институтларининг талабалари, клиник ординатор ва амалиётда фаолият кўрсатаётган врачлар учун мўлжалланган.

ТУЗУВЧИЛАР:

Мамадалиев А.М. – СамМИ нейрохирургия ва ҳарбий-дала хирургияси курси мудир, т.ф.д., профессор.

Шодиев А.Ш. - курс доценти, т.ф.д.

ТАҚРИЗЧИЛАР:

Алимов Р.А. – Республика солиқ қўмитаси даволаш-соғломлаштириш тиббий марказининг бош врач, т.ф.д., профессор;

Абдуллаев С.А. - СамМИ педиатрия факультети хирургия кафедрасининг мудир, т.ф.д., профессор.

КЎКРАК ВА ҚОРИННИНГ ЖАНГОВОР ЖАРОҲАТЛАРИ

Машғулотнинг мақсади: Медицина институтининг талабалари, клиник ординатор ва амалиётда фаолият кўрсатаётган врачларга кўкрак ва қориннинг жанговор жароҳатлари классификацияси, клиник манзараси, диагноз қўйиш, даволаш усуллари ва тиббий эвакуация босқичларида ёрдам кўрсатиш принциплари тўғрисидаги маълумотларни ўргатиш.

МАШҒУЛОТНИНГ ТАҚСИМЛАНИШИ

1. Эрталабки клиник кенгашда қатнашиш, курс мудирининг клиникадаги беморларни умумий кўриқдан ўтказишида иштирок этиш ва амалий кўникмаларни ўрганиш 25'
2. Мавзу бўйича талабаларнинг билимини оғзаки савол-жавоб усулида баҳолаш 20'
3. Танаффус 5'
4. Жароҳат боғламаларини алмаштириш, диагностик ва даволаш манипуляцияларида ҳамда операцияларда қатнашиш, амалий кўник-маларни ўрганиш 45'
5. Танаффус 10'
6. Маъруза (I соат) 45'
7. Танаффус 5'
8. Маъруза (II соат) 45'
9. Катта танаффус 40'
10. Мавзу бўйича талабаларнинг билимини тест, OSCE ва интерактив усуллар билан баҳолаш

замонавий кўшимча текшириш (КТ, МРТ, АГ, ЭхоЭГ) усулларини ўрганиш учун муҳокама қилиш	45'
11. Танаффус	5'
10. Беморларни курация қилиш замонавий кўшимча текшириш (касаллик тарихи, реферат, КТ, МРТ, АГ, ЭхоЭГ) усулларини ўқитувчи раҳбарлигида муҳокама қилиш ва ўрганиш	45'
12. Танаффус	5'
11. Масъулот давомида пайдо бўлган саволларга жавоб бериш, масъулотга яқун яшаш. Уйга вазифа топшириш ва янги мавзунини қисқача муҳокама қилиш.	20'

Кўкрак ва қориннинг уруш вақтида кузатиладиган жароҳатлари ҳарбий-дала хирургиясининг муҳим йўналишларидан бири бўлиб, жанговор шароитда ушбу тоифага мансуб беморларга тўғри диагноз қўйиш, жанг майдони ва тиббий эвакуация босқичларида уларга тегишли амалий ёрдам бериш муҳим аҳамият касб этади. Медицина институтларининг талабалари ҳар хил даражадаги кўкрак ва қорин жароҳатлари содир бўлган аскар ва зобитларга етарли даражада тиббий ёрдам беришлари учун уларнинг классификациясини, клиник кўринишини, диагноз қўйиш йўл-йўриқларини мукамал даражада ўзлаштирган бўлишлари шарт.

Кўкрак жароҳатлари тасниф жиҳатидан очик ва ёпиқ жароҳатланишларга бўлинади. Кўкракнинг тешиб ўтмайдиган жароҳатлари 1941-45 йиллардаги

уруш давридаги ўқ теккан жароҳатларнинг 57,5%ни ташкил этган.

Кўкрак қафаси шикастланишларида энг кўп учрайдиган ҳолат бу пневмоторакслардир. Пневмоторакслар очик, ёпиқ ва клапанли бўлади.

Клапанли пневмоторакслар клиникаси

Ўпка тўқимаси шикастланиши ва бронх жароҳатларида нафас олганда ҳаво плевра бўшлиғига киради. Нафас чиқарганда жароҳат плеврадаги босим ошганлиги туфайли ёпилади. 1941-45 йиллардаги уруш даврида бундай клапанли пневмоторакс жароҳатлари 1,2% ни ташкил қилган.

Гемоторакс-бу плевра ва ўпкалар оралиғида қон тўпланиб қолишидир. Гемоторакслар ҳажмига қараб 3 хил бўлади: кичик, ўрта ва катта гемоторакслар.

Юрак жароҳатлари ҳам юрак бўшлиғига ўтадиган ва ўтмайдиган турларга бўлиниб, тешилган, кўр ва тешиб ўтган хиллари кузатилади.

Кўкракнинг ёпиқ жароҳатлари Кўкрак қафасининг асоратли шикастланишларида травматик асфиксия ҳолати юзага келиб кўкракнинг юқори қисмлари, бўйин, юз соҳаларида цианоз кузатилади, петехиал қон қуйилишлар, веноз босимининг ошиб кетиши туфайли бош мия тўқимасида нуқтали қон қуйилишлар аниқланади.

Кўкрак шикастланишларининг қуйидаги йирингли асоратлари кузатилади.

1. Плевра эмфиземаси.
2. Ўпка гангренаси ва абсцесси.
3. Тикиш мумкин бўлмаган йирингли оқмалар.

Эвакуация босқичида ёрдам кўрсатиш.

1. Жанг майдонида ўз-ўзига ва бир-бирига ёрдам.
2. БТП да врачгача ёрдам (асептик боғлам).
3. ПТП да боғламни тўғрилаш, қон кетишни тўхтатиш, анальгетиклар, антибиотиклар юбориш.

Тешиб кировчи жароҳатларда ёрдам кўрсатиш қуйидагиларни ўз ичига олади:

1. Биринчи ёрдам-асептик окклюзион боғлам, анальгетик, юрак воситалари.
2. ПТП да клапанли пневмотораксда 2 чи қовурға оралиғидан пункция қилиш, оғриксизлантириш, нафасни яхшиловчи дорилар, анальгетиклар, юрак воситалари, антибиотиклар.
3. АТП да ташқи қон кетишлар тўхтатилади, жароҳатга ишлов берилиб, хирургик операция ўтказилади.

Қориннинг ўқ отувчи қуроллардан жароҳатланиши таснифи ва учраши

Улуғ ватан уруши даврида ўқ отувчи қуроллардан жароҳатланиш 1,9-3% ҳолларда учраган. Ҳамма жароҳатланганларга нисбатан маълумотларга кўра тешиб ўтувчи жароҳатлар 6% ни ташкил қилади. Қорин парданинг яхлитлиги сақланиб қолишни назарда тутилиб, қоринни тешиб ўтувчи ва тешиб ўтмайдиган жароҳатлари фарқланади. Тешиб ўтувчи жароҳатлар-75%, тешиб ўтмайдиганлари-25% ни ташкил этади. Хусусиятига кўра тешиб ўтувчи, кўр, тегиб ўтувчи жароҳатлар фарқланади.

Тешиб ўтмайдиган жароҳатлар Қорин девори шикастланиши билан бирга ички аъзолар ҳам жароҳатланиши мумкин. Агар қорин парданинг ўзи

шикастланса, у ҳолда беморнинг аҳволи қониқарли бўлиб, тили тоза, қорин девори нафас олишда иштирок этади, Щеткин-Блюмберг симптоми манфий, сийиш ва газ чиқиши бузилмаган бўлиб, маҳаллий жароҳат соҳасида шишиб қолиш, мушаклар таранглиги, оғриқ кузатилади.

Агар йўғон ичакнинг қорин парда орқа қисмлари шикастланса, у ҳолда диагностика шок ва қон йўқотиш ҳисобига қийинлашади. Шунинг назарда тутиш керакки, секинлик билан кучайиб борувчи қориндаги оғриқлар қорин девори таранглигининг ортиши, нажас чиқишининг бузилиши, тил қуруқлиги, буйрак шикастланганда эса микро ёки макрогематурия, ичак шикастланганлигидан, ҳамда паренхиматоз органлар травмасидан дарак беради. Йўғон ичакнинг қорин парда орқа қисмининг шикастланиши кечки даврида нажасли флегмонага, агар илдиз тутқичи ёрилса, қорин парда орти соҳасидаги гематомани йиринглаши кузатилиб, йирингли перитонит ривожланишига олиб келади.

Тешиб ўтувчи жароҳатлар айрим ҳолларда ички аъзолар жароҳатисиз бўлиши ва баъзан бундан кўра мураккаброқ жароҳатлар кўринишида бўлиши мумкин. Умуртқа поғонаси билан бирга жароҳатдан сўнг дастлабки биринчи соатларда жароҳатланганларнинг 72% да травматик шок кузатилади. Улар ички аъзоларнинг ҳам шикастланишидан дарак беради.

Қорин жароҳатларидаги асорат-қон кетиш бўлиб, қон кетиш ярадорларда шокнинг кечишини оғирлаштиради.

Улуғ ватан уриши даврида ўқ отувчи қуроллари жароҳатланиши: 1,9-3% учраган. Ҳамма жароҳатланганларга нисбатан (С.С.Григолав, Богорова) маълумотиға кўра (1965), тешиб ўтувчи жароҳатлар 6% ни ташкил қилади. Паритал қорин пардани яхлитлигини сақлаб қолиш назарда тутилган. Қоринни тешиб ўтувчи ва тешиб ўтмайдиган жароҳатлари фарқланади. Тешиб ўтувчи – 75%, тешиб ўтмайдиган – 25%. Хусусиятиға кўра тешиб ўтувчи, кўр, тегиб ўтувчи турлари фарқланади.

Перитонит турли қорин жароҳатларида турлича намоён бўлади. Унинг оғир кечиши жароҳатланган ичак ўлчамига боғлиқ, жигар, ошқозон, ўт пуфаги ва улар сақланмаларининг қорин бўшлиғига тушишиға боғлиқ. Ичак ва паренхиматоз аъзоларининг бирлашган жароҳатларида, тарқаган перитонит қорин бўшлиғидаги қонда микроблар флорасининг яшин тезликға кўпайиши билан бирға кечади.

Қориннинг тешиб ўтувчи жароҳатларида унинг симптоматикаси ички аъзоларининг абсолют ва нисбий жароҳатланиш белгилари йиғиндисидан иборат. Бу симптомлар ичида мутлоқ ва нисбий белгилар тафовут этилади:

1. Мутлоқ симптомлар: жароҳатдан чарвининг, ичак сақламаларининг, ўт, сийдик, ичак қовузликларининг чиқиши;

2. Нисбий, дастлабки симптомлар: қоринда оғриқ, чанқаш, пульс тезлашиши, тилнинг қуруқлашуви кузатилиши мумкин. Бундан ташқари кўкрак типидиға нафас – қорин таранглашган, нафас олишида қатнашмаслиги кузатилади. Тарқоқ оғриқ,

Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат, пересталтика йўқолиши, жигар бўшлиғининг аниқланмаслиги қайд этилади, Кортнели маҳаллий бўғиқланиш симптоми кузатилади.

3. Кечки даврда (4-6 соат ва ундан сўнг) ҳам *перитонит* симптомлари аниқланади: юзнинг ўткирлаши, куруқ тил, ҳикичоқ, чанқаш ва қушиш, интоксикация тезлашган, пульс нимжон, қорин шишган ва палпациясига ўткир оғриқ, Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат, пересталтика аниқланмаслиги ва тана ҳароратининг ошиши кузатилиши мумкин.

Буйрак ва сийдик йўллари жароҳатида эрта белгилардан гематурия кузатилади, лекин у ҳар доим аниқланмайди. Сийдик йўли тўлиқ эзилган ҳолларда (гематурия) кузатилмайди ва диагностикаси қийин бўлмайди. Жароҳатдан сўнг анурия шифокорни чуқур ўйлашга мажбур этади. Қорин парда ортидаги йирик гемотомаларда нормада кузатилмайдиган бўғиқли товуш, киндик атрофидаги оғриқ, кечроқ эса сийдик йўли жароҳати ва сийдик қинининг қорин парда орти йиртилиши – сийдикнинг оқиш йўли аниқланиши мумкин.

Шубҳали ҳолатларда, беморнинг аҳволи нисбатан қониқарли бўлса, меъерий бўлмаган вазиятларда, номаълум симптомлар мавжуд бўлганда қорин бўшлиғини тешиб ўтувчи жароҳатига шубҳа туғилади ва кейинчалик 2-3 соат давомида симптомлар диагностикаси четдан назорат қилиб борилади. Агар ярадорда хавотирли симптомлар кузатилса, жароҳат қорин бўшлиғига кирганлиги

тўғрисида ишонч бўлмаса, бу ҳолда диагностик лапаротомия қилинади. Эвакуация этапларида ёрдам кўрсатиш, биринчи ёрдам – жароҳатга стерил боғлам қўйилади, аналгетиклар қилиниб ярадор тезроқ эвакуация қилинади.

ПТПда биринчи врачлик ёрдами боғламларни тўғрилаш, аналгетиклар, қоқшолга қарши анатоксин юбориш, ҳаёт учун хавфли қон кетишида индивидуал ва биологик синамалар ўтказилгандан кейин вена ичига айнан шу гуруҳга ва реузс омили тўғри келадиган қон қўйилади. Талваса ҳолатларида ярадорланган жангчилар ПТПда қолдирилади. Қолганлар тезкорлик билан кейинги тиббий босқичга эвакуация қилинади. Йилнинг совуқ ойларида яраланганларни химиявий иситгич ва кийим билан иситилади, ички ухлаш хонасига жойлаштирилади.

Малакали хирургик ёрдам бериш босқичида саралашдан бошланиб барча жароҳатланганлар қуйидаги 4 та гуруҳга ажратилади:

1-гуруҳ. Ички қон кетиш белгилари бўлган беморлар операция бўлимига юборилади, уларга зудлик билан жарроҳлик муолажалари ўтказилади.

2-гуруҳ. Қон кетиши аломатлари бўлмаган 2-3 даражали шок ҳолатида бўлган беморлар шокка қарши курашиш бўлимига юборилади.

3-гуруҳ. Талваса ҳолатидагилар госпитал палаталарига ётқизилади.

4-гуруҳ. Қолган барча қорин бўшлиғининг кирувчи жароҳатини олганлар 1-навбатда операция бўлимига юборилади.

Шундай қилиб, тезкор жарроҳлик муолажаси қорин бўшлиғининг тешиб кирувчи жароҳатлари олганларга амалий ёрдам кўрсатишни, ички қон кетиш белгилари бўлган беморларни кечиктирмасдан операция қилишни ўз ичига олади. Бу касалларга аҳволининг оғирлик даражасидан қатъий назар, операция муолажалари, қон, полиглюкин қўйиш билан биргаликда олиб борилади. Шокнинг III-IV даражасидаги (ички қон кетиши белгиларисиз) бўлган беморларга 1-2 соат давомида шокка қарши даво ўтказилгандан сўнг, операция қилинади. Агар шу вақтда артериал босим критик даражада кўтарилмаса, у ҳолда операция самарали бўлмайди. Агар махсус ёрдам босқичига кўп сонли яраланганлар келиб тушса, у ҳолда ички қон кетиш белгилари бўлмаган жароҳатланганларни алоҳида гуруҳга ажратиш лозим.

Операцияга тайёр бемор аҳволи қониқарли бўлганида премедикация ва вена ичига натрий хлорнинг изотоник эритмаси улашиб қўйилади.

Буйрак операциясида Федоров бўйича кесма ўтказилади, керак бўлганда сийдик йўлини очиш мақсадида кесма давом эттирилади. Кириш ва чиқиш тешиги катта бўлганда махсус ўлчам олиниб, кейин қориндан тешик ўрнатилади. Қорин бўшлиғида қон бўлса уни аспирация қилиб, қон келиш манбаси аниқланади ва гемостаз ўтказилади. Қориндаги барча аъзолар бутунлигини аниқлашда визуал тўлиқ назорат ўтказилади. Йўғон ичак жароҳати борлигини инкор қилиш учун унинг деворидаги субсероз гематома очилади. Жароҳатга чиққан ичак қовузлоқлари стерил физиологик эритма билан ювилади ва қорин

бўшлиғига тўғриланади. Шунинг учун, ошқозон-ичак деворидаги якка тешиклар 2 қатор чок билан тикилади. Фақат кўплаб жароҳатлар бўлганида ва қовузлоқ узилганда ингичка ичак резекцияси ўтказилади, 12 бармоқли ичак орқа девори шикастланганида имобилизация мақсадида қорин пардани уловчи бурмаси кесилади, ичак тикилади ва жароҳат соҳасига тампон қўйилади. Агар чокдан кейин ичак герметиклиги тикланмаса айланиб ўтувчи анастомоз қўйилади.

Йўғон ичак деворидаги жароҳатлар 3 қаторли чоклар билан тикилади. Агар йўғон ичак деворидаги дефект катта бўлса, ичак қовузлоғини операцион жароҳат орқали чиқариш ёки қўшимча кесма билан уни қорин пардага чоклар қўйиб фиксация қилиш керак. Йўғон ичак қорин парда орти юзасидаги жароҳатларда чок қўйилгандан кейин бел соҳасидаги кесма орқали дренажланади. Йўғон ичак трактини озиклантирувчи томирлар жароҳатланганида ягона кесма орқали табиий бўлмаган орқа чиқарув тешиги ҳосил қилинади.

Тўғри ичак қорин парда орти жароҳатида чаноқ илиоректал бўшлиғи кенг очилади. Тўғри ичак жароҳати имкони борича тикилади. Илиоректал бўшлиғига тампон қўйилади, ичакка эса сунъий орқа чиқарув тешиги қўйилади. Агар бир вақтнинг ўзида тўғри ичак ва сийдик пуфаги шикастланган бўлса, даставвал қорин бўшлиғи очилади, ревизия ўтказилиб, сийдик пуфагидаги жароҳатлар тикилади. Кейин

сунъий орқа чиқарув тешиги қўйилади. Шундан сўнг бошқа жароҳатларга ишлов берилади.

Талоқ шикастланишида спленэктомия ўтказилади. Жигар қирғоқли жароҳатида, жароҳат кесилиб, чарвини оёқчада тикиш йўли билан йўғон тугунли чоклар қўйилади. Тешиб ўтувчи жароҳатлар детритдан тозаланади. Ошқозон ости беши жароҳати соҳасига ингичка резина пастга келтириб тикилади. Агар жароҳатни тикиш имконияти бўлмаса унда шу соҳага дренаж ва тампон қўйилади. Барча муолажалар бажарилгандан сўнг қорин бўшлиғидаги қон ва ошқозон-ичак чиқиндилари тозаланиши керак, антибиотик юбориш учун 2-3 та ингичга пластмасса ёки резинка найча қўйилади, у орқали қорин жароҳати тикилиши биланоқ антибиотикнинг биринчи дозаси эритмада юборилади. Терига провизор чоклар қўйилади.

Қориннинг ёпиқ шикастланишлари

Иккинчи Жаҳон уруши маълумотларига кўра барча жароҳатлар ичида қориннинг ёпиқ шикастланишлари 3,8% ни ташкил қилади. Душман томонидан ялпи йўқотиш қуроллари қўлланилганида шикастланишлар сони маълум даражада ошади.

Шикастланишларни чақирган сабабга кўра ёпиқ қорин жароҳатларининг қуйидаги турлари фарқланади:

1. Изоляцияланган;
2. Қорин деворининг шикастланиши;
3. Қорин бўшлиғи аъзолари ва қорин парда ости аъзоларининг шикастланиши.

Оғир жароҳатланишлардаги етакчи асосий симптомлар қон кетиши ва шокдир. Малакали тиббий ёрдам кўрсатишда ички аъзолар ёпиқ шикастланиши ва ички қон кетиши диагнози қўйилганда шошилишч оператив даво чораси кўрилади.

Қорин аъзолари операциясидан сўнг бемор 10-12 кун мобайнида автомобил транспортда ва 4-5 кун вертолётда эвакуацияга транспортбел ҳисобланади.

Қорин бўшлиғи тампонадаси қуйидаги вазиятларда амалга оширилади:

- 1) Йирингли перитонитларда;
- 2) Жигар ва ўт пуфаги жароҳатида;
- 3) Қорин бўшлиғининг катта миқдордаги ичак сақламаси билан ифлосланишларида;
- 4) Қовуқ аъзоларга қўйилган чокларнинг герметиклигига ишонч бўлмаганида;
- 5) Ўтказилган гемостаз тўлиқлигига ишонч бўлмаганида.

Қорин жароҳатларида энг хавфли асоратлар тарқалган йирингли перитонит, ичаклараро ва диафрагма ости абсцеслари, чанокдаги йирингли чандикли ичак тутилиши, ичак эвентерацияси, пневмония, перитонит ҳисобланиб уларнинг профилактикаси ва даволаш алоҳида аҳамиятга эгадир.

Қорин бўшлиғи ва мушак орасига антибиотиклар юбориш, натрий хлориднинг 0,9% ли эритмаси, 5% ли глюкоза эритмасини 2-3 литргача венага, 3%ли натрий хлорид эритмасини 250-300 мл юбориш, венага 500-600 мл плазма, 750-1000 мл дан альбумин, протеин, аминоксептид, аминоксровин

юбориш, ошқозонга киритилган ингичка ичак орқали ошқозон сақламасини аспирация қилиш, юрак ишини яхшиловчи воситалар, димедрол, анальгетиклар юбориш лозим.

Ички аъзолари шикастланганлар операциядан кейинги даврда қуйидаги парҳезга риоя қилишлари лозим:

1-сутка - очлик.

2-сутка - суткасига бўлиб-бўлиб ичиш учун 3 стакан сув ва сут.

3-сутка - бульон, кисел, 2 та эзилган тухум, 25 г сариеғ.

4-сутка - қўшимча шўрва, гўштли пьюре, каша, мевалар.

5-7-суткалардан бошлаб юқорида кўрсатилганларга қўшимча тарзда оқ сухари ва 50 г сариеғ қўшилади.

Жароҳатланганларга ва нур касаллигида иложи борича эрта операция ўтказилиши лозим. Қорин шикастланганда ва жароҳат радиоактив модда билан зарарланганда операциягача қисман санитар ишлови ўтказилади.

Махсус ёрдам босқичида жароҳатланганларни даволаш давом эттирилади, кечки асоратлар билан курашиш ва уларнинг олдини олиш лозим.

АДАБИЁТЛАР:

1. Беркутов А.Н. Учебник военно-полевой хирургии. М.,1973
2. Брюсов П.Г., Нечаев Э.А. Военно-полевая хирургия. – М., 1996, 414 с.
3. Вишневский А.В. Военно-полевая хирургия. Учебник М., 1968
4. Вейль М.Г. Диагностика и лечение шока. М., 1971
5. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди-М.,1981
6. Вагнер Е.А. с соавт. Инфузионно-трансфузионная терапия острой кровопотери. М., 1986
7. Лисицын К.М. Военно-полевая хирургия: учебник. М., 1982
8. Неговский В.А. Основы реаниматологии. М.,1980
9. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне. М., 1953
10. Трубников В.Ф. Военно-полевая хирургия. Учебник. Харьков, 1990
11. Ткаченко З. Военная травматология и ортопедия. Л.,1985
12. Шапошников Ю.Г.Диагностика и лечение ранений-М., 1982
13. Шапошников Ю.Г.Повреждение живота –М.,1986