

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

**ТЕРМИК
ШИКАСТЛАНИШЛАР**
(ўқув - услубий қўлланма)

Тошкент - 2008



ТУЗУВЧИЛАР:

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



Тиббиёт фанлари доктори,
Самарқанд вилоят соғлиқни
сақлаш бошқармасининг бош
нейрохирурги, СамМИ
нейрохирургия ва ҳарбий-дала
хирургияси курсининг доценти
Амиркул 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. Саидов

« 16 » _____ 2008 й.

«Тасдиқлайман»

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

« _____ » _____ 2008 й.

ТЕРМИК ШИКАСТЛАНИШЛАР

(Талабалар, клиник ординаторлар ва
нейрохирурглар учун мўлжалланган ўқув-
услубий қўлланма)

Тошкент – 2008

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

ТУЗУВЧИЛАР:

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

Шодиев А.Ш. - курс доценти, т.ф.д.

ТАҚРИЗЧИЛАР:

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

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

ТЕРМИК ШИКАСТЛАНИШЛАР

Машғулотнинг мақсади: Медицина институтининг талабалари, клиник ординатор ва амалиётда фаолият кўрсатаётган врачларга куйиш классификацияси, этиопатогенези, куйиш даражасига кўра намоён бўладиган клиник манзара, куйиш шоки, куйиш содир бўлганда амалга оширилиши лозим бўлган чора-тадбирлар ва тиббий эвакуация босқичларида амалга ошириладиган даволаш принциплари тўғрисидаги маълумотларни ўргатиш.

1. Эрталабки клиник кенгашда қатнашиш, курс мудирининг клиникадаги беморларни умумий кўрикдан 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 қўшимча текшириш (КТ, МРТ, АГ, ЭхоЭГ) усулларини ўрганиш учун муҳокама қилиш	45'
11. Танаффус	5'
10. Беморларни курация қилиш замонавий қўшимча текшириш (касаллик тарихи, реферат, КТ, МРТ, АГ, ЭхоЭГ) усулларини ўқитувчи раҳбарлигида муҳокама қилиш ва ўрганиш	45'
12. Танаффус	5'
11. Машғулот давомида пайдо бўлган саволларга жавоб бериш, машғулотга яқун яшаш. Уйга вазифа топшириш ва янги мавзунини қисқача муҳокама қилиш.	20'

Термик шикастланишлар ҳарбий-дала хирургиясининг муҳим ва ажралмас қисмларидан бири ҳисобланиб, замонавий жанговор ҳаракатлар пайтларида уларнинг миқдори жуда ошиб кетиши мумкин. Кўп сонли термик шикастланишлар содир бўлган ҳарбий ва тинч аҳоли вакилларининг ялпи равишда тиббий ёрдамга муҳтожлиги медицина институтларида таҳсил олаётган талабаларнинг ушбу шикастланишлар тўғрисида атрофлича билимга эга бўлишларини тақозо этади. Термик шикастланишлар жароҳат етказувчи факторларнинг турига қараб термик яъни, турли хил ёнғин келтириб чиқарувчи мина, бомба ва напалм портлаши туфайли келиб чиқадиган шикастланишлар, химик қуроллардан куйиш ва

электр токидан куйишларга бўлинади. 1945 йил Нагасаки ва Хиросима шаҳарларида атом бомбасининг портлаши натижасида 100 мингдан зиёд одамларда куйиш касаллиги кузатилган. Ҳозирги замонавий урушларда ядро қуроли қўлланилган пайтларда юзага келадиган куйишлар муҳим аҳамият касб этиб санитар йўқотишларнинг катта қисмини ташкил этади. Куйишларда асосан тери, камроқ тери ости ёғ тўқимаси, мушаклар, фасциялар, пай ва суюқлар шикастланади. Термик шикастланишларга қуйидаги маҳаллий ўзгаришлар хос: юқори температура таъсирида ҳужайра ва тўқималарнинг оксиллари коагуляцияга учрайди, куйган соҳаларда капиллярлар кенгайиб улар деворининг ўтказувчанлиги ошиб кетади. Бу эса ўз навбатида қон суюқ қисмининг атроф тўқималарга сизиб чиқишига ва шишлар пайдо бўлишига олиб келади.

Илмий маълумотларга қараганда 1945 йил атом бомба портлаши натижасида Япониянинг Нагасаки ва Хиросима шаҳарларида барча жабрланганлардан куйиш жароҳатлари кузатилганлари 65% ни ташкил этган. Замонавий жанговор ҳаракатларда напальм типидagi ёндиргичли аралашмалар ишлатила бошланди. Напальмнинг ёниш температураси 800-1000° га тенг бўлиб, кўпинча 3-4- даражали куйиш кузатилиб, 3- даражали куйиш тери некрози билан кечади. Бунда 3^A даражали куйишда 4-5-6-

хафталарда чандик ҳосил бўлиши, 3^B даражали куйишда эса йирингли демаркацион яллиғланиш кузатилиб, жароҳат 3-5- кунларда тозаланади. 4- даражали куйиш терининг ҳамма қатламлари ва суяккача бўлган тўқималар кўмирланиши билан характерланади. Юз, бош, тананинг юқори қисми ва нафас йўллари куйиши оғир кечади. Оралик, думба ва оёқ кафти куйишлари инфилтрланиб узок давом этади.

Термик шикастланишлар тўқималарнинг зарарланиш чуқурлигига қараб куйидаги даражаларга бўлинади: I-даражали куйиш – терининг гиперемияси ва шиши билан характерланади. II-даражали куйиш – терининг куйган соҳаларида тиниқ ёки сарғиш суюқликли пуфакчалар ҳосил бўлиши билан характерланади. III^A-даражали куйиш – эпидермиснинг тўлиқ некрозга учраши билан характерланади. III^B- даражали куйиш – тери, фасция, пай ва мушаклар шикастланиши билан характерланади. IV- даражали куйиш – суякларгача куйиш ва кўмирланиш билан характерланади.

Термик шикастланишларда тўқималар некрозининг 2 типи фарқланади: 1 тип некроз - юқори температура таъсиридан бирданига юзага келади. 2 тип некроз – термик шикастланишлардан сўнг бир неча кун давомида циркуляция бузилиши натижасида юзага келади. I-II-III^A – даражали куйишлар фақат эпидермис шикастланиши

туфайли юзаки куйишлар, III^B-IV-даражали куйишлар эса чукур куйишлар деб аталади. Юзаки куйишлар шикастлангандан сўнг биринчи соатларда ачиштирувчи оғриқ беради. Чукур куйишларда оғриқ камроқ бўлади, чунки теридаги нервлар куйиб кетган бўлади. I-даражали куйишлар бир неча кунда битиб кетади, эпидермиснинг юзаки қавати пўст ташлайди. II-даражали асоратсиз кечганда 8-14 кунда чандик ҳосил бўлмасдан битади. Агар пуфакчалар ичидаги суюқлик йирингласа битиш жараёни чўзилади. III^A-даражали куйиш ҳам чандик ҳосил бўлмасдан эпителизация бўлиб битади. III^B ва IV-даражали куйишлар иккиламчи чандик ҳосил бўлиб битади. Агар II-IV даражали куйишлар ва умумий радиацион шикастланишлар кўшилиб учраса касалликнинг кечиши ва прогнозини оғирлаштиради.

Куйиш касаллигининг 4 та даври тафовут этилади.

Куйиш шоки 24-28-72 соат давом этиб, травматик шокнинг бир тури ҳисобланади.

Куйиш шоки ўта кучли оғриқ таъсиротига организмнинг жавоб реакцияси ҳисобланади. Куйиш шоки I-даражали куйишларда организмнинг 40-50%, II-IV даражали 10% дан зиёд тананинг қисми куйса ривожланади. Куйиш шокининг эректил ва торпид фазалари фарқланади. Эректил фаза учун умумий кўзғалиш,

қон босимининг кўтарилиши, нафас ва пульснинг тезлашиши характерлидир. Пульснинг тўлиқлиги ва таранглиги эректил фазада қониқарли бўлади. Торпид фазасида эса артериал қон босими пасаяди. Куйиш шоки торпид фазасининг асосий ва доимий аломатлари куйидаги 1-жадвалда келтирилган.

**Куйиш шокининг оғирлик даражасига
кўра дифференциал диагностик бергилари**
1-Жадвал

Кўрсаткичлар	Шокнинг оғирлик даражалари		
	I-даражали енгил шок	II- даражали оғир шок	III-даражали ўта оғир шок
Тери қопламаси характери	Нормал рангда ёки оқарган	Оқимтир, қуруқ, совуқ	Оқимтир, кўқарган, совуқ, қуруқ
Тана температур аси	Субфебрил	Нормал ёки субфебрил	Кўпинча паст бўлади
Пульс 1/ да	90-100	100-130	130 дан кўп
Артериал систолик босим мм. сим. уст.да	Нормал	Лабил- даврий 95-90 мм. сим. уст. пасаяди.	90 мм. сим. уст.дан паст.
Марказий веноз босими, мм. сув устунида	Нормал ёки 50-40 сув уст.гача пасаяди	40-20 мм. сув уст.гача пасаяди	20 мм. сув уст.дан паст
Азотения	Йўқ.	1 сутка	1 сутка охирида

моль/л	Айрим вақтда қолдик азот 30-35 ммоль/л гача ошади	охирيدا қолдик азот миқдори 30-40 ммоль/л	қолдик азот миқдори 40 ммоль/л баланд
Гемоглобин-урия	Йўқ	Айрим вақтда	Биринчи соатлардан бошлаб
Қусиш	Кам учрайди	Тез-тез, қусук массаларида яширин қонга мусбат реакция	Қайта-қайта, тўхтатиб бўлмайдиган «Кофе қуйқаси» рангида
Ичаклар парези	Йўқ	Деярли йўқ	Биринчи соатлардан бўлади
Ацидоз	Йўқ ёки компенсацияланган	Компенсацияланмаган метаболик ацидоз (РН=7,35-7,25)	Аниқ юзага чиққан, компенсацияланмаган метаболик ацидоз (РН=7,25 дан паст)

Куйиш шоки – ўта кучли оғриқ таъсиротига организмнинг жавоб реакцияси ҳисобланади. Куйиш шоки I даражали куйишларда организмнинг 40-50% қисми куйса, II-III босқичдаги куйиш шоки 10%-дан зиёд тананинг қисми III-IV даражали куйса ривожланади. Куйиш

шокининг эректил ва торпид фазалари фарқланади. Эректил фаза учун умумий кўзғалиш, қон босимининг кўтарилиши, нафас ва пульснинг тезлашиши характерлидир. Пульснинг тўлиқлиги таранглиги эректил фазада қониқарли бўлади.

Торпид фазасида эса артериал қон босими пасаяди. Куйиш шоки торпид фазасининг асосий ва доимий симптоми олигурия, ўта оғир ҳолларда анурия ҳисобланади. Термик шикастланган жангчиларни транспортировка вақтида, куйган жароҳатларга ишлов беришда кўшимча травма олиши, уларнинг совқотиши, нораціонал тиббий ёрдам бериш куйиш шокининг кечишини оғирлаштиради. Куйиш шоки эритроцитларнинг қисман гемолизи ва қон айланишининг етишмовчилиги натижасида юзага келадиган циркулятор гипоксия билан кечади. Куйиш шокида қайта-қайта қусиш ҳам организмнинг сувсизланишига сабаб бўлади.

Куйиш шоки клиникасида куйидаги даражалар фарқланади:

1. Енгил куйиш шоки ҳамма юзага нисбатан 20% гача чуқур куйиш рўй бериб беморнинг ҳуши сақланган.

Ўз вақтида ва тўғри ўтказилган даволаш чоралари беморни шок ҳолатидан 1-сутка охирида ва 2-сутка бошида чиқаришга имкон беради.

2. Оғир куйиш шоки 48-72 соат давом этиб, тананинг 20-40% чуқур куйган ҳолатда

кузатилади. Беморнинг умумий аҳволи оғир, дастлабки биринчи соатларда кўзғалиш фазаси, тормозланиш фазаси билан алмашинади. Тери қопламлари оқарган, лаб ва бармоқларида цианоз, қалтираш, кўп қусиш, тахикардия 120-130, чанқаш, ҳансираш рўй беради.

3. Ўта оғир куйиш шоки 48-72 соат давом этади. Тананинг 40%дан ортиғида чуқур куйиш кузатилади. Хуши бузилган, қисқа кўзғалиш тормозланишга ўтади, тери оқарган, совук, қалтираш, шиллиқ қаватлар цианози, ҳансираш, тахикардия (130-150) кузатилиб, беморларнинг кўпчилиги бир неча соатда ёки биринчи кунда ўлади. Ўлим 90% ни ташкил этади.

Ўткир куйиш токсемия даври 4-12 кун давом этади. Бошланиши тана ҳароратининг кўтарилиши билан характерланиб, бу давр охирида жароҳат куйиш юзасининг йиринглаши билан намоён бўлади. Марказий асаб системасининг захарланиш сиптомлари бу давр моҳиятини белгилайди. Алахсираш, кўзғалувчанлик, уйқусизлик, дармонсизлик сингари ўзгаришлар кучайиб камқонлик ва лейкоцитоз ошади.

Куйиш касаллигининг токсемия даврида организмда оқсилларнинг генерализацияланган парчаланиши ва куйган соҳалардан токсик маҳсулотларнинг сўрилиши натижасида юзага чиқарадиган интоксикация сиптомлари пайдо бўлади. Тана ҳарорати ошган, тахикардия, пульс

тўлиқлиги ва таранглиги паст бўлади, анорексия кузатилади. Олигурия полиурияга ўтади. Қонда гипопроотеинемия ва диспротеинемия кузатилади.

Септикококсемия даври бу куйиш токсемияси бу йирингли резорбтив иситманинг биргаликда кечиши билан намоён бўлади. Септикококсемия даврида ўзгариб турувчи иситма, уйқусизлик, иштаҳанинг йўқолиши кузатилади. Қон анализида лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга силжиши, анемия, гипо- ва диспротеинемиялар кузатилади. Беморда анемия, бактериемия, гипопроотеинемия кучаяди. Куйган беморларда зотилжам, қон кетиш билан ўткир эррозив гастрит, ошқозон трофик яралари каби асоратлар кузатилади.

Реконваленсенция-тузалиш даври ҳисобланиб узоқ давом этиши мумкин. Реконваленсенция даврида интоксикация симптомлари аста-секин камайиб боради. Тана ҳарорати нормаллашади, иштаҳаси яхшиланади. Кахексия аломатлари камайиб беморлар тўлиша бошлайди. Қонда анемия ва гипопроотеинемия йўқолади. Репаратив жараёнлар тезлашади. Тиббий эвакуация босқичида ёрдам кўрсатиш жанг майдонида биринчи ёрдам кўрсатишдан бошланиб, бунда ёнаётган кийимлар ўчирилади ва ювилиб олинади. Ёнаётган тана қисмлари сувга туширилади. Асептик боғлам қўйилади. Тери остига оғриқсизлантирувчи дори воситалари юборилади.

ПТП да биринчи врачлик ёрдами кўрсатилади. ПТП да шокка қарши кўшимча муолажалар – куйган юзага мазли асептик боғламалар кўйиш, нафас йўллари куйиб асфиксия ривожланса трахеостом кўйиш, чуқур циркуляр куйишларда некротомия қилиниши лозим. Куйганларга қоқшолга қарши зардоб ёки антибиотиклар қилинади. Қусиш бўлмаса тузли-ишқорли эритмалар ва иссиқ чой ичиш тавсия қилинади.

Шок ҳолатидаги куйганлар навбатсиз эвакуация қилинади. Барча жароҳатланганлар АТБда саралаш орқали 3 гуруҳга ажратилади:

- Оғир аҳволдаги беморлар;
- Ўрта даражали куйганлар;
- Енгил куйганлар.

АТБда малакали тиббий ёрдам кўрсатишда кўшимча бирламчи боғламлар текширилади. Антибиотиклар қайта қилинади.

Шокка қарши терапия венага анальгетиклар юбориш, новокаинли блокадалар қилиш, юрак ишини яхшиловчи воситалар, венага қон, плазма, оқсил ўрнини босувчилар, полиглюкин, натрий хлор эритмаси, 5%ли глюкоза эритмаларини юборишни ўз ичига олади. Бундан ташқари оксигенотерапия ўтказилади.

Шокнинг оғир формасида қон босими пасайганда 1,0-0,1% ли норадреналин, 1,0-1,0%ли

мезатон эритмалари ва 30-50 мл 3,0% ли натрий тиосульфат вена ичига юборилади.

Эвакуация жараёнида термик шикастланганлар куйидаги гурухларга ажратилади:

1. Енгил даражада куйганлар, енгил жароҳатланганлар госпиталига ёки соғаяувчилар командасига юборилади. Бу гурухга куйидагилар киради:

а) 1-2 даражали куйиш;

б) Кенг юзаки куйиш;

в) Тана 1,0-2,0%нинг чегараланган чуқур куйишлари.

2. Ўрта даражада куйганлар:

а) Тананинг 10,0% ва айниқса, функционал актив соҳаларида 3-4 даражали куйиш махсус госпиталга жўнатилади;

б) Умумий реакция билан бирга кечувчи кенг юзаки куйиш, умумхирургик госпиталга жўнатилади.

3. Оғир куйиш пайтида беморлар шокдан чиқарилгандан кейин:

а) Умумий хирургик госпиталга тананинг 10,0% дан ортиқ соҳасида кенг чуқур куйиш;

б) Махсус куйиш госпиталига нафас йўллари куйганлар;

в) Махсус госпиталга кўриш органлари куйганлар юборилиши лозим;

г) Куйиш ва механик жароҳат олган куйганлар эса тегишли госпитал ёки хирургик госпиталларга жўнатилади.

4. Изоляцияланган ва комбинацияланган куйиш рўй берган бўлса, даволангандан сўнг ҳарбий хизматга қайта оладиганларга махсус ёрдам кўрсатилади.

Госпитал базаларида умумий даволаниш, шокка қарши курашиш, сўрилиш бузилганлиги туфайли барча дори воситалари фақат вена ичига юборишга асосланади. Венага суюқликлар қуйидаги схема бўйича юборилади:

Консервацияланган қон 250-500 мл, Полиглюкин 1000-1500 мл, плазма 500-700 мл, Новокаиннинг 0,1% ли эритмаси 300-500 мл, Натрий хлор эритмаси 500-1800 мл.

Термик жароҳатланиш хусусиятлари ядро портлашида механик жароҳатланиш билан бирга кузатилиб, қуйидагиларга бўлинади:

1. Бирламчи куйиш ёруғлик нурланишининг бевосита таъсири натижасида;

2. Иккиламчи куйишлар ёнғин алангаси таъсирида;

3. Радиацион куйиш тери ҳамда шиллик қаватларнинг куйиши оқибатида.

Куйиш даражасига кўра:

1. I даража, енгил куйганлар умумий аҳволи яхши, I даражали куйиш билан тана юзасининг 50% майдонидан ошмаган;

2. II даража, ўртача куйганлар: тана юзасининг 50% дан кўпроқ қисми куйиши;

3. III^A даражали куйиш 10%дан кўпроқ оғир куйганлар;

4. III^B ва IV даражали куйиш фарқланади. Ҳарбий-дала шароитида куйиш майдонини аниқлаш учун тўққизлик қондаси қўлланилади: бўйин ва бош-9,0%, кўл-9,0% \times 2=18,0%, оёқ-18,0% \times 2=36,0%, гавданинг олдинги юзаси-18,0%, гавданинг орқа юзаси-18,0%, жинсий органлар ва оралик-1,0%, ҳаммаси 100% ни ташкил қилади. Куйган тана юзасининг майдонини аниқлаш учун 3-чи усул – саллофан усули ҳам кенг қўлланилади.

Напальм ёпишқоқ ёнувчи аралашма бўлиб унинг асосини қуюқлаштирилган бензин, керосин, бензол, олигроин ташкил қилади. Напальм қорамтир қизғиш аланга ҳосил қилиб енгил ёнади ва CO₂ газини ҳосил қилади. Напальмдан куйиш чуқур бўлиб кўпинча IV-даражали куйиш кузатилади. Напальмдан куйгандан сўнг қорамтир кўнғир ёки қора струп пайдо бўлади. Напальмдан куйишдан сўнгги некротик тўқималар секин ажралади, кўшимча йирингли асоратлар учрайди. Напальмдан куйишдан сўнг ҳосил бўладиган чандиқлардан кўпол контрактуралар ва косметик дефектлар қолади.

Ҳозирги кунда напальм ҳамда супер напальм ишлаб чиқарилмоқда. Пирогенни олиш учун напальмга кукунсимон магний ёки алюминийдан,

олтингугуртдан, барий нитрат ва ҳоказолар қўшилади, улар ёнғинда юқори (300°C гача) ҳароратни бериши мумкин. Фосфор сақловчи ёнувчи аралашмалардан куйганда термохимик куйишлар юзага келади. Бунда ҳосил бўладиган струп қора бўлади, периферияси сарғимтил-кулранг гиперемияланган бўлади. Фосфор сақловчи ёнувчи аралашмалар ўз-ўзидан ҳавода ёниб кетади, уларни ўчириш қийин. Бундай аралашма кийим ёки терига тушса тўлиқ ёнади. Фосфор ва унинг буғлари ўта захарли бўлиб резорбтив таъсирга ҳам эгадир. Аммофос ўз-ўзидан ёниб 1200°C ҳароратни ҳосил қилади ва резорватив таъсирга эга органларни, жигар ва буйракларни жароҳатлайди.

Шундай қилиб, замонавий жанговор ҳаракатлар даврида термик жароҳатланишлар бўлиб ўтган урушларга нисбатан ҳозирги кундан 10 мартаба ошган. Иккинчи Жаҳон уруши даврида куйишлар 2,0% шок билан кечган, напальм ишлатилган ҳолларда эса шокнинг миқдори ўн марта ошган, бу эса тана юзининг куйиш сатҳи билан тўғридан-тўғри боғлиқдир.

Ёнувчи аралашмаларга боғлиқ ҳолда жароҳатланиш факторлари қуйидагича бўлиши мумкин:

- 1) аланга аралашмасининг ёниши ҳисобига-контактли куйиш;

2) иссиқлик радиацияси, инфрақизил нурланиш, дистанцион жароҳатланиш юқори ҳарорат факторлари ҳисобланади;

3) психологик фактор.

Шунинг учун куйишнинг чуқур формалари натижасида нафас олиш йўллариининг шикастланиши, кўз жароҳатланиши, ҳамда психологик ўзгаришлар кузатилади.

Напальм билан куйганларнинг 2/3 қисмида чуқур куйишлар кузатилади. Кейинги ўзига хос томони напальм қўлланилганда бу жароҳатларнинг 75,0% юзнинг куйишига тўғри келади. Бу ўз навбатида куйидаги нохушлик билан бирга кечади: 1/2 қисми жароҳатланганда куйиш сатҳи 25,0% гача етади ва ундан катта бўлиши ҳам мумкин. Америкалик ва Олмониялик тадқиқотчилар маълумотига кўра напальмли 25,0% куйиш сатҳи критик деб баҳоланади. Ҳақиқатдан ҳам жароҳатланиш катта куйиш сатҳи билан кечса жароҳатланганлар аҳволи ўта оғир бўлади.

Вьетнам армиясининг тиббий хизмати ҳозирги кунда напальм билан куйишнинг куйидаги клиник таснифини ишлаб чиқди:

1-давр - бирламчи асоратлар -3 суткагача;

2-давр - иккиламчи асоратлар -40 суткагача;

3-давр - кечки иккиламчи асоратлар 3 ойгача;

4-давр - реконвалесценция даври 3-6 ойгача.

Биринчи даврда ўлим 35,0% гача етган, ўлимга асосан шахсий воситаларнинг ўринли

ишлатилмаганлиги, токсемия, асфиксия сабаб бўлган.

Иккиламчи даврда куйиш касаллигининг септикотоксемик асоратлари кузатилган, куйиш қоқшоли учраган.

Учинчи даврда 53,0% жароҳатланганларда яққол намоён бўлган каллоид чандиқлар кузатилган, даволаш қийин бўлган, қичишлар ва ички органларда морфологик ўзгаришлар кузатилади.

Напальм билан жароҳатланишларда ўлим асосан шок ва токсемиядан (74,4%), ундан сўнг сепсис (13,2%), пневмония (4,9%), қоқшол (2,1%) ва бошқа сабаблардан (8,4%) келиб чиқади. Тиббий эвакуация этапларида ёрдам кўрсатиш принциплари куйидагича бўлиши лозим: дастлабки ва врачгача бўлган ёрдам - алангани ўчириш, анальгетиклар қилиш, боғлаш, жанг майдонидан олиб чиқиш, нафас аналептиклари, юрак ишини яхшиловчи воситалар, ичишга тузли-ишқорли эритма берилади (1 л сувга 1 чой қошиқдан сода ва ош тузи).

Токсемия ва септикотоксемия даврида даволаш интоксикацияга, инфекцияга, анемияга ва гипопропротеинемияга қарши қаратилади. Интоксикацияга қарши курашиш, ион, сув балансини нормаллаштириш зарур. Вена ичига 500-800 мл 55,0% ли глюкоза, тери остига 8-10 ТБ инсулин, NaCl суткасига 500-800 мл юборилади.

Анемия ва гипогликемияга қарши курашишда 2-3 марта 250-500 мл дан қон куйиш мумкин, юрак фаолиятини яхшиловчи воситалар, А В С Д гуруҳидаги витаминлар юборилади.

Куйишнинг бирламчи ишлови ноқулай ҳолатларда ва жароҳатланганлар сони кўп бўлганда бирламчи боғламгача кечиктириши мумкин. Очiq даволаш фақатгина юз ва оралиқ соҳаси куйишларида қўлланилади.

Шуни таъкидлаш лозимки, контурли боғламларни олдиндан тайёрлаб куйиш бирмунча рационалдир. Бу эса беморлар кўп бўлганда вақтни тежаш имкониятини яратади ва боғлов материалларини исроф бўлишини камайтиради. Чуқур куйишларда (III^B ва IV даражали) маҳаллий даволашда йўқотилган тери қопламини тезкор оператив тиклаш лозим. Жароҳат олгандан кейин биринчи соатларда ва кунларда некроэктомия фақатгина кичик майдонли куйишлар ва чегараси аниқ чуқур куйишларда қўлланилади. II-III^A-III^B-IV даражали куйишларда куйган юзаларга бирламчи ишлов бериш куйидагича амалга оширилади: куйган тана юзларининг атрофидаги доғлар қириб тозаланади, атрофидаги терига 0,5%-ли нашатир спирти суртиб тозаланади. Куйган тери юзасига ёпишиб қолган кийим ва эпидермис қолдиқлари эҳтиётлик билан олинади. Ҳосил бўлган катта пуфаклар кесиб очилади. Йиринглаган пуфаклар тўлиқ кесиб очилади. Куйган тери юзасининг

ифлосланган қисмлари водород пероксиди билан тампонлар ёрдамида тозаланади. Сўнгра куйган юзалар фурацилин ва риванол каби антисептик эритмалар билан ювиб тозаланади. Шундан сўнг куйган юзаларга Вишневский малҳами, стрептоцид, синтомицин ёки 0,5% фурацилин малҳами суртилиб асептик боғлама қўйилади. Агар бемор шок ҳолатида бўлса куйган юзага бирламчи ишлов бериш шокдан чиққунга қадар кечиктирилади. Кўпинча 2-3 ҳафта мобайнида консерватив даволаб, некроз чегаралари аниқ намоён бўлгандан кейин ва беморнинг аҳволи турғун яхшилангандан кейин оператив даволашга киришилади. Кўл-оёқларининг ва кўкрак қафасининг чуқур циркуляр куйишларида зудлик билан некротомия қилиш энгиллик беради. Кафт, бўйин, йирик бўғимлар, товон соҳасидаги 10,0% гача майдонли чуқур куйишда некроектомия ва тери аутопластикасини некроз чегаралари аниқ бўлгандан кейин 2-3 ҳафтадан кечиктирмай бажариш лозим. Эрта некротомия ва аутотрансплантантлар билан бирламчи пластика қилиш кўл-оёқ бармоқлари ва катта бўғимлар куйганда тез самара беради. Чуқур циркуляр куйишларда эрта некротомия ва бирламчи тери пластикаси хатарли жарроҳлик усули ҳисобланади. Бундай ҳолларда этапли некроектомия қилиш мақсадга мувофиқ ва беморлар ҳаёти учун хавфсиз ҳисобланади. Эрта некроектомия ва бирламчи

аутопластикани бажарилишининг оптимал даври бу куйишдан кейин то жароҳат йиринглагунча 4-7 кун оралиғи ҳисобланиб, тананинг 10,0% дан кўп майдонида куйиш бўлса грануляцияланаётган юзага терини кўчириб ўтказиш куйишдан кейинги 5-6 ҳафтада бажарилади. Бу ҳолатда грануляцияни олиб ташлаш фақатгина патологик ҳолатларда қўлланилади. Энг яхшиси аутопластикани бир вақтда дерматом билан бажариш лозим (0,3-0,4мм тери пўстлоғи, бўйин, пай, суякнинг яқин соҳаларида 0,5мм олинади). Аутотрансплантантлар кетгут билан тикилади. Операция наркоз остида олиб борилади. Боғлам операциядан кейин 6-7 кундан сўнг алмаштирилади. Этапли некротомия ва иккиламчи тери аутопластикасини бир неча этапларда бажариш мумкин.

Агар куйганларнинг ўз териси аутопластика учун етмаса комбинирланган пластика амалга оширилади, яъни шахмат усулида ауто-гомотрансплантантлар ишлатилади. Гомотрансплантантлар катта куйиш юзаларини вақтинчалик ёпиш учун ишлатилади. Агар ривожланган анемия ва гипопротеинемия бўлса аутотрансплантантлар куйиш юзасидан кўчиб тушади ёки аутолизга учрайди. Катта куйишларда аутопластика ўтказилади, аутотрансплантантлар ва гомо- тери бўлаклари билан алмашиниб келади.

Некроздан тўлиқ тозаланган, грануляция билан тўлишган яраларда гомопластика қилинади.

Бу операция куйган беморда асоратлар ва нур касаллиги бўлганда, бемор оғир ҳолатда бўлганлиги учун тери олиш имконияти бўлмаганда ўтказилади. Агар бемор қўл-оёғида циркуляр куйиш бўлса ва 30,0% ни ташкил этса беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун ампутация қилинади.

АДАБИЁТЛАР:

1. Арьев Т.Я. Ожоги и отморожения.-Л, 1970
2. Беркутов А.Н. Учебник военно-полевой хирургии. М., 1973
3. Брюсов П.Г., Нечаев Э.А. Военно-полевая хирургия. – М 1996, 414 с.
4. Вейль М.Г. Диагностика и лечение шока. М., 1971
5. Вишневский А.В. Военно-полевая хирургия: Учебник. М. 1968
6. Вихриев Б.С. Ожоги., М.,1986
7. Лисицын К.М. Военно-полевая хирургия., учебник. М., 1982
8. Неговский В.А. Основы реаниматологии. М.1980
9. Саидов А.А., Современные принципы интенсивной терапии тяжелообожженных. Т., 1998
10. Трубников В.Ф. Военно-полевая хирургия. Учебник. Харьков, 1990
11. Шапошников Ю.Г. Диагностика и лечение ранений- М., 1982