

Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th January, 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

Mavzu: KUYISH SHOKI

Zayniyeva Barno Usmon qizi

Tayyorladi. Chirchiq tibbiyot kolleji “Maxsus fanlar-4” kafedrasida o‘qituvchisi

Annotatsiya

Bugungi kunda olib borilayotgan ilmiy izlanishlarimiz natijasida ma’lum bo’ldiki shoshilinch holatlar va tez tibbiy yordamning muhim amaliy masalalari, zamonaviy diagnostika va davolash usuliari, innovatsion texnologiyalarning qo‘llanilishi, shoshilinch holatlar bo‘yicha ko‘proq konferensiyalar, ilmiy izlanishlar olib borishga to‘g‘ri keladi.

Kalit so‘zlar: Neyrogen, toksemiya, kuyish shoki, gemokonsentratsiya, gipovolemiya, arterial bosim, atsidoz, giponatriemiya i giperkaliemiya, gipoproteinemiya, disproteinemiya, azotemiya;

KUYISH SHOKI

Kuyish shoki - kuyish kasalligining birinchi bosqichi bo‘lib, jarohatganisbatan organizmning mahalliy va umumiy javob reaksiyaning natijasidir. Bu holat tana yuzasining 10-15% kuyganda kuzatiladi. Kuyish shoki MNTga kuchli patologik ta’siri va gomeostaz tizimining o‘z-o‘zini boshqarish mexanizmlarining plazmoragiva natijasida chuqur buzilishidan paydo bo‘ladi. Bolalarda kuyish shoki septikotoksemiya fazasi bilan birga kechadi va tana yuzasining 5% kuyganda kuzatiladi. Shok kuyishdan bir necha minutdan keyin yuzaga kelib erektel fazasi 24 soatdavom etadi va kapillyarlarining yuqori olkazuvchanligi bilan kechadi, bu bilan boshqa shoklardan farq qiladi. Organizm termik jarohatga uch xil javob beradi: nerv-reflektor, neyro-endokrin va yalliglanish reaksiyalari orqali. Kuyish shoki patogenezida plazmoragiya, gipovolemiya, og‘riq sindromi va tomir o‘tkazuvchanligining oshishi yetakchi hisoblanadi. Kuyish shokining kelib chiqishida quyidagi uclita patofiziologik jarayonlar sabab boiadi:

1. O‘tkir plazma yo‘qotish va gemokonsentratsiya jarayoni.

Absolyut gipovolemiya tomir ichi gemolizi, qonning patologik to‘planishi, periferik va markaziy qon aylanish buzilishi bilan namoyon boiadi.

Jarohat yuzasidan plazmani yo‘qotish AQH yetislimasligini kuchaytiradi.

Buning natijasida markaziy gemodinamika buzilib yurakning sistolik va



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th January, 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

minutiik qon hajmi pasayadi. Organ va to‘qimalarda qon aylanish buziladi. qonning bioximik tarkibi o‘zgaradi. Sirkulyator gipoksiya va metabolik atsidoz asosida qonda chala oksidlangan moddalar sut va pirouzum kislota, azot qoldiqlari konsentratsiyasi oshadi. Jigarda qon aylanish hajmining kamayishi uning detoksikatsion funksiyasini pasaytiradi. Buyraklar funksiyasi ham buziladi. Arterial bosim 60 mm. sim. ust. dan past bo Isa koptokchalar filtratsiyasi keskin kamayadi va oligoanuriya paydo boiadi. Katta miqdorda katexolaminlarning qonga chiqishi buyrak tomirlarini toraytirib jarayonni ogirlashtiradi. Mikrotsirkulyatsiyaning buziiishi qon reologiyasining chuqur buzilishiga olib keladi. Eritrotsitlarning agregatsiyasi natijasida kapillyarda qon aylanishi sekinlashadi. Qonning tomir ichida ivishi trombositlar va fibrinogen miqdorining kamayishiga olib keladi, bu esa qon ketishiga sabab bo‘ladi. Kapillyariarda eritrotsitiaming cho‘ldb qolishi natijasida uning devori yupqalashadi, natijada kiehik dispersli oqsillar chiqib shishga olib keladi. Hujayra ichi suyuqligining yo‘qotilishi, suv elektrolit almashinuvining buzilishiga olib keladi. Qon tomir o‘zani~ dan suyuqlikning interstitsial sohaga sizib chiqishi 12-18 soat va undan ko‘proq vaqt davom etadi, shuning uchun kuyish shokida AB jarohatdan keyin darrov pasaymaydi va shu bilan travmatik shokdan farq qiladi.

2. O‘tkir toksemiya - kuyish vaqtida kuygan sohada hosil bo‘lgan toksinlar birinchi sutkada qonga maksimal darajada sovriladi. Bu o‘z navbatida nafaqat mahalliy o‘zgarishlar balki markaziy va pereferik nerv tizimidagi buzilishlar, organizmda chuqur metabolik o‘zgarishlarga olib keladi.

3. Neyrogen o‘zgarishlar natijasida nervreflektor shok rivojlanadi. Bunda nerv tolalari juda qattiq ta’sirlanadi, neyrodistrofik holatlar chuqurlashib boradi. Juda kuchli og‘riq sezgisi ta’sirida bemor terminal holatgacha kelishi mumkin. Bolalarda kuyish shoki tana yuzasining 5% kuyganda ham kelib chiqadi va shok septikotoksemiya fazasi bilan birga kechadi.

Kuyish shokida kuzatiladigan asosiy patofiziologik buzilishlar:

- AQH, AB pasayishi va pulsning tezlashishi;
- tana haroratining pasayishi;
- oliguriva. anuriya, gematuriya;
- taxipnoe, chanqash, ko‘ngil aynishi, qusish, qorin damlashi, oshqozon



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th January, 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

ichakdan qon ketishi, psixomotor qo'zg'alish;

- atsidoz, giponatriemiya i giperkaliemiya, gipoproteinemiya, disproteinemiya,
- azotemiya; qon ivishi va qovushqoqligining oshishi.

Bu buzilishlarning barchasi termik jarohat olingandan 6-8soatdan keyin yuzaga keladi, shuning uchun shokka qarshi chora - tadbirlar qancha tez boshlansa og'ir asoratlarning oldi shuncha ko'proq olinadi. Termoingalyatsion sindromi bor bemorlarda kuyish shoki og'ir kechadi va turli asoratlarni bilan namoyon bo'ladi.

Klinik belgilari va diagnostikasi, Kuyish shokining klinikasi kuyishning darajasiga va chuqurligiga bog'liq. Kuyish shoki tana yuzasining 10-15% kuyganda yuzaga keladi. Kuyish shokining og'irlik darajasi Frank indeksi (FI) yordamida aniqlanadi.

FI - S yu+ 3 • S

S ч- yuzaki kuygan soha (I-III a % hisobida)

S - chuqur kuygan soha (III Ъ - IV % hisobida)

3- kuyish chuqurligini hisoblashda olingan koeffitsient.

FI - 30 dan 60 gacha- yengil kuyish

FI- 61 dan 90 gacha- og'ir kuyish

FI-91 dan yuqori- o'ta og'ir kuyish

1. Yengii kuyish shoki - 10-20 % kuyganda, FI-30 dan 60 gacha, bemorning ahvoli o'rta og'ir, es-hushi saqlangan, teri rangi oqargan, puls 100-110 min, AB 120-130/70-80 mm. sim. ust. MVB 30-40 mm suv ust., rektal-teri gradienti 9° C dan yuqori eritrotsitlar 5-5,5, 160-170g/l, gemotakrit 50-55 %. leykotsitlar 12-14, mochevina 9-10, bilirubin 8-20 mkm/l, PH- 7, 33-7, 35.'

2. **Og'ir kuyish shoki** - 40-50 % kuyganda, FI- 61 - 90 ga teng, umumiy ahvoli og'ir, yaqqol ifodalangan erektil faza, es-hushi karaxt, tana temperaturasi tushgan, qaltirash, mushaklar titrashi, akrotsionoz, taxikardiya 110 - 120ta., AB 100-105/70-75, MVB 10-15, rektal harorat gradienti 10-11%, eritrotsitlar 6-6, 5, gemogloblin 180-200 g/l, gemotokrit 60-70%, mochevina 11-16 mmol/l, PH-7,32, soatli diurez 30-35 ml/soat, gematuriya, proteinuriya, gemoglobinuriya kuzatiladi.

3. **O'ta og'ir kuyish shoki** - tana yuzasining 60-70% kuyganda, FI 91 dan yuqori. Bemorning umumiy ahvoli o'ta og'ir, teri qoplami oqimtir ko'kargan, yaqqol ifodalangan erektil faza, bir necha marta kofe quyqasigao'



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th January, 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

xshashqo‘sh kuzatiladi. Puls 130-150 min, AB 90/60, MVB-10 mm suv ust., rektal harorat gradienti 12-13° S, eritrotsitlar 7-7, 5, gemogloblin 200-240 g/l, gematokrit 70-75 %, gipoprotenemiya, diurez 30 ml/ soatdan past, mochevina 17-20 m/mol/l, qoldiq azot 70-90 mmol/l, PH 7,2.

Quyidagi kiinik laborator tekshirishlar ma’lumoti monitoring qilinadi:

- har soatda markaziy gemodinamika parametrlari, nafas soni, gemotokrit;
- har 3 soatda-kislota ishqor muvozanati. gemotokrit, soatli diurez.
- har 6-8 soatda umumiy qon tahlili, plazma elektrolitlari, proteinemiya, kislota ishqor muvozanati, plazma osmolyarligi;
- har 12 soatda oqsillar fraksiyasi, kreatinin, mochevina, mioglobinuriyani tekshirish.

Kuyish shokida birlamchi chora-tadbirlar tartibi:

- nafas yo‘llari o‘tkazuvchanligini ta‘minlash;
- markaziy vena kateterizatsiyasi va infuzion terapiyaning boshlanishi;
- » kuygan yuzalarga bog‘lamlami qo‘yish;
- oshqozormi zondlash.

Kuyish shoki davrida intensiv terapiya majmuasi: og‘riqni qoldirish, gipovolemiyani bartaraf qilish, qon reologiyasini yaxshilash va organoproteksiyaga qaratilgan bo‘iishi kerak.

Shoshilinch yordam va intensiv terapiya tamoyillari uch kateter qoidasiga amal qilib olib boriladi.

Markaziy vena kateterizatsiyasi-doimiy gemodinamik monitoring va infuzionterapiya maqsadida.

O‘tkir buyrak yetishmovchilini profilaktikasi dofamin(2-4 mkg/kg/ min “buyrak dozasi”, siydik qopini kateterlash, soatlik, sutkalik diurezni nazorat qilish , bemorni shok holatidan chiqishini bilish uchun.

Nazogastral zond - hazm tizimi holatini nazorat qilish, oshqozonni yuvib turish va ovqailantirish.

Davolash quyidagi ketma - ketlikda davom ettiriladi:

- yetarli ventilyatsiyani ta‘minlash;
- doimiy monitoring (EKG, AB, YuQS, pulsoksimetriya) o‘tkazish;
- yetarli og‘riqsizlantirish;
- ko‘rsatmaga qarab nekroektomiya va fatsioektomiya o‘tkazish;



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th January, 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

- yetarli miqdorda infuzion va transfuzion terapiya o'tkazish;

Infuzion terapiya hajmi (ITH)- kuyish maydoni, bemor yoshi, og'irligiga bog'liq bo'lib, Parkland formulasiga asosan hisoblanadi:

$ITH=2-4\text{ml} \times \text{TO}(\text{kg}) \times \text{kuyish maydoni} \%$

Masalan; tana og'irligi 70 kg, kuyish maydoni 40 % bo'lganda

$ITH=3 \text{ m!} \times 70 \times 40=8400 \text{ ml}$ tashkil etadi.

Kuyish shoki 3 kungacha davom etishi mumkin. SHokda infuzion terapiya to'xtovsiz, doimiy davom ettirilishi kerak. Lekin infuzion terapiya hajmi ikkinchi sutkada 2 martaga va uchinchi sutkada. esa 3 martaga birinchi sutkaga nisbatan kamaytiriladi. Kuyish shokining jarohatdan keyingi dastlabki 8 soatida sutkalik suyuqlik hajmining yarmisini quyish kerak bo'ladi. Bu degani, agar infuzion terapiya termik jarohatdan 2 soat o'tgandan keyin boshlansa, sutkalik suyuqlik hajmining yarmisini 6 soat ichida quyish kerak bo'ladi. Buning uchun 2 ta markaziy venadan foydalaniladi.

Shuni ta'kidlash kerakki, belgilangan suyuqlik miqdorining quyish tezligini gemodinamikaning to'g'ri asosiy ko'rsatkichga qarab belgilanadi: AB, MVB, YuQS va soatlik diurez. Bu ko'rsatkichlar quyidagicha bo'iishi kerak: AB (sistolik) 110-150 mm. sim. ustuni, MVB 40-60 mm. suv. ustuni, YuQS 100 -120 minutiga, diurez 50 ml soat.

Kuyishning birinchi darajasida reosorbilakt, refortan, stabizol, kristall eritmalar, 2-3 darajasida 2/3 qismni qon preparatlari, plazma tashkil qilishi kerak.

Kuyishning **2-3 darajasida Gekoton 400-800 ml/sutkada infuziya qilish yaxshi samara beradi**, kristall eritmalarga qo'shimcha glyukoza

navokainli aralashma (0,25% novakain, 5% glyukoza) sutkasiga 1500-2000 ml dan 2-3 mahal vena ichiga yuboriladi.

Kuyish shokidagi bemorlarda koagulopatiya va mikrotromblar hosil bolishini hisobga olib 11TQI sindromini profilaktika qiiish maqsadida:

yangi muzlatilgan plazma 1,5-2 litr atrofida, geparin 5000 ed har 4

soatda, dezagregant terapiya maqsadida eufilin 0,5mg/kg/soat va nikotin

kislota qollaniladi. Vena ichiga promedol, analgin, antigistamin preparatlari

prednizalon, V, S, E guruh vitaminlari yuboriladi. Atsidoz tufayli

4% natriy bikarbonat eritmasini quyish zarur hisoblanadi. 0 'tkir yurak yetishmovchiligida



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th January, 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

strafantin, korglyukon ishlatiladi. Tomir o'tkazuvchanligi

buziishi tufayli yuzaga kelgan kuyish sohasidagi shishlar rivojlanishi to'xtagandan keyin albumin tavsiya etiladi. Oqsil preparatlari uchun quyish tezligi 1-2 ml/kg/soat formula asosida olib boriladi. Shokdan keyin kuyish toksemyasi yuzaga kelib n gipertermiya, miokardit, miya, shishi, gipoprotenimiya bilan xarakterlanadi. Endotoksikozni kamaytirish uchun reosorbilakt 400-600ml va modda almashinuvini me'yorlashtirish uchun plazma, albumin, parenteral oziqlantirish uchun 5,10,15% Aminoven vena ichiga tomchilab yuboriladi. Yuragida patologiyasi bolmagan bemorlarda pulsning minutiga 120tadan oshishi infuziya hajmi va tezligini oshirishga asos boiadi.

Shuningdek bakteriotsid antibiotiklardan amoksiklav, sefobid, aminoglyukoizdlar, sefalosporinlar ishlatiladi. Termoingalyatsion sindromi bor bemorlarga ingalyasion(nibulayzerorqali) teiapiya o'tkaziladi. Qondao'rta molekulyar moddalaming ortib borishi endotoksikoz rivojlanganligini ko'rsatadi. Endotoksikozning og'ir darajalarida faol detoksikasiya uchun gemosorbsiya, plazmosorbsiya, splenosorbsiya operatsiyalari o'tkaziladi. Enterosorbent sifatida Filtrum (gidrolizlangan lignin)ni qollash yaxshi samara beradi. AB turg'unlashuvi, diurezning me'yorlashuvi, gemokonsentratsiyaning pasayishi, haroratning ko'tarilishi, dispeptik buzilishlarning to'xtashi, ichilgan suyuqlikning so'rilishi o'tkazilgan intensiv terapiyaning samaradorligini va bemorning shok holatidan chiqqanligini ko'rsatadi.

Internet saytlari ro'yxatlar

1. www.med.uz
2. www.lex.uz
3. www.wikipedia.uz
4. www.medicum.ru
5. www.medtext.ru
6. www.doktor.ru
7. www.mirmed



Proceedings of International Educators Conference

Hosted online from Rome, Italy.

Date: 25th January, 2024

ISSN: 2835-396X

Website: econferenceseries.com

ASOSIY ADABIYOTLAR

- 1.Olim.Eshonov.”Shoshilinch holatlarda tez tibbiy yordam ko’rsatish. “TAFAKKUR” NASHRIYOTI.TOSHKENT – 2019.
- 2.SobirovJ.M.Otaxonov:”Shoshilinch holatlar” Toshkent Yangi asr avlodi-2006 yil.

QO’SHIMCHA ADABIYOTLAR

- 1.M.F.Ziyayeva “Terapiya” Toshhkent, “Ilm Ziyoy” nashriyoti 2014 yil .
- 2.F.P.Verner “Hammabop tibbiyot qo’llanmasi” Toshkent, Gafur Gulom nashriyoti,2006 yil.



E- Conference Series

Open Access | Peer Reviewed | Conference Proceedings



E- CONFERENCE
SERIES