



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)

Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616-001: 616.211-008.4:616.34-009.11-084-072.1

РОЛЬ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

Хайитов Лазиз Милионерovich <https://orcid.org/0009-0001-8387-5026>
Хакимов Эркин Абдухалилович <https://orcid.org/0000-0002-2238-9067>
Зувайтов Шохрух Гайратович. <https://orcid.org/0009-0009-7989-8127>
Аброров Шахбозджон Нематзода <https://orcid.org/0009-0002-8213-897X>

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан,
г. Самарканд ул. Амира Темура, 18 Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Ожоговая травма остается серьезной медицинской и экономической проблемой. Ожоговые пациенты имеют высокий уровень осложнений и смертности. Кроме того, лечение и длительное пребывание ожоговых больных в стационаре считаются очень дорогостоящими и требуют их реабилитации и последующего заживления рубцов. Традиционными предикторами неблагоприятного исхода у пациентов с тяжелой ожоговой травмой являются возраст, наличие ИТ-повреждения и критическая зона ожоговой раны. К сожалению, смертность пациентов с тяжелой ожоговой травмой остается высокой. На современном этапе к традиционным предикторам исхода при тяжелой термической травме добавляются лабораторные показатели (тромбоцитопения, низкий гематокрит, гипоальбуминемия). На исход травмы влияют развитие инфекционных осложнений и отсутствие своевременной и эффективной медицинской помощи. Область ожогов является основным вестником исхода термической травмы. С увеличением площади ожогов вероятность выживания больного пропорционально снижается.

Ключевые слова: термоингаляционная травма, интенсивная терапия, фибробронхоскопия, ожоговая болезнь.

ИНГАЛЯЦИОН ЖАРОҲАТИ БОР БЕМОРЛАРДА ЭНДОБРОНХИАЛ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИНГ АХАМИЯТИ

Хайитов Лазиз Милионерovich <https://orcid.org/0009-0001-8387-5026>
Хакимов Эркин Абдухалилович <https://orcid.org/0000-0002-2238-9067>
Зувайтов Шохрух Гайратович. <https://orcid.org/0009-0009-7989-8127>
Аброров Шахбозджон Нематзода <https://orcid.org/0009-0002-8213-897X>

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.
Амир Темура кўчаси, 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Rezyume

Куйиш жароҳати жиддий тиббий ва иқтисодий муаммо бўлиб қолмоқда. Куйиш касаллиги билан оғриган беморларда асоратланиш даражаси ва ўлим даражаси юқори. Бундан ташқари, куйган беморларни даволаш ва узок муддатли касалхонада қолиши жуда қиммат ҳисобланиб, уларнинг реабилитацияси ва чандиқларни кейинчалик тузатишни талаб қилади. Оғир куйиш жароҳати бўлган беморларда ноҳуш оқибатларнинг анъанавий прогнози ёши, термоингаляцион шикастланишининг мавжудлиги ва куйиш ярасининг чуқурлик майдони ҳисобланади. Афсуски, оғир куйиш жароҳати бўлган беморларда ўлим келиб чиқиши эҳтимоли юқорилигича қолмоқда. Ҳозирги босқичда лаборатория параметрлари (тромбоцитопения, паст гематокрит, гипоальбуминемия) оғир куйиш жароҳати натижасининг асоратлар қаторига киради. Шикастланишдан кейинги асоратлар ривожланишига тиббий ёрдамнинг ўз вақтида ва самарали кўрсатилмаслиги таъсир қилади. Куйиш майдонининг кенглиги термоингаляцион шикастланиш оғир кечилишининг асосий омили ҳисобланади. Куйиш майдонининг кенгайиши, беморларнинг соғайиши ва омон қолиши имкониятини камайтиради.

Калит сўзлар: термоингаляцион жароҳат, интенсив терапия, фибробронхоскопия, куйиш касаллиги.

THE ROLE ENDOBRONCHIAL COMPLEX THERAPY AT PATIENTS WITH THE INHALATION TRAUMA

Khayitov Laziz Milionerovich <https://orcid.org/0009-0001-8387-5026>
Khakimov Erkin Abduxaylovich <https://orcid.org/0000-0002-2238-9067>
Zuvaitov Shokhrub Gayratovich. <https://orcid.org/0009-0009-7989-8127>
Abrorov Shakhbozjon Ne'matzoda <https://orcid.org/0009-0002-8213-897X>

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand st. Amir Temur, 18
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

Burn injury remains as a serious medical and economic problem. Complication rate and mortality level in burn patients is high. Besides that, the treatment of burn patients and long-term hospital stay is considered too expensive, requiring their rehabilitation and subsequent repair of scars. In patients with severe burn injuries, traditional predictor of adverse outcomes is age, presence of thermal inhalation injury and critical area of burn wound. Unfortunately, the possibility of mortality remains high in patients with trauma after severe burns. At the current stage, laboratory parameters (thrombocytopenia, low hematocrit, hypoalbuminaemia) are included in traditional predictors of outcome in severe thermal injury. Failure to provide timely and effective medical care to the development of infectious complications affects the outcome of the injury. The area of burns is considered the main indicator of the result of thermal injury. The increase in burn area is inversely proportional to the likelihood of patient survival.

Keywords: thermal inhalation injury, intensive care, fibrobronchoscopy, burn disease.

Долзарблиги

Куйиш жароҳати жиддий тиббий ва иқтисодий муаммо бўлиб қолмоқда. Куйиш касаллиги билан оғриган беморларда асоратланиш даражаси ва ўлим даражаси юқори. Бундан ташқари, куйган беморларни даволаш ва узоқ муддатли касалхонада қолиши жуда қimmat ҳисобланиб, уларнинг реабилитацияси ва чандикларни кейинчалик тузатишни талаб қилади. Оғир куйиш жароҳати бўлган беморларда нохуш оқибатларнинг анъанавий прогнози ёши, термоингалицион шикастланишнинг мавжудлиги ва куйиш ярасининг чуқурлик майдони ҳисобланади [1, 8]. Афсуски, оғир куйиш жароҳати бўлган беморларда ўлим келиб чиқиш эҳтимоли юқорилигича қолмоқда [1, 2, 4, 9]. Ҳозирги босқичда лаборатория параметрлари (тромбоцитопения, паст гематокрит, гипоалбуминемия) оғир куйиш жароҳати натижасининг асоратлар қаторига киради. Шикастланишдан кейинги асоратлар ривожланишига тиббий ёрдамнинг ўз вақтида ва самарали кўрсатилмаслиги таъсир қилади [2,10]. Куйиш майдонининг кенглиги термоингалицион шикастланиш оғир кечишининг асосий омили ҳисобланади. Куйиш майдонининг кенгайиши, беморларнинг соғайиши ва омон қолиш имкониятини камайтиради [2,6,11].

Куйиш майдони куйиш шокининг оғирлигини, тизимли яллиғланишга қарши жавоб синдроми (СИРС) ва гиперметаболизмнинг оғирлигини ва сепсис ривожланиш хавфини аниқлайди. Чегараланган тери куйиши билан оғриган беморларда ўлим даражасининг пастлигига қарамай, термоингалицион травманинг (ТИТ) юқорилиги ўлим билан боғлиқ - 25-50%, ривожланаётган мамлакатларда ўлим 45% дан 78% гача бўлади. Ёнғин пайтида иссиқ газлар, тутунлар, куйиқишлар, захарли аэрозоллар билан нафас олиш ўпка капиллярларининг ўтказувчанлигини оширишга, интерстициал ўпка шишининг пайдо бўлишига олиб келади [4,5].

Куйишнинг оғир шикастланиши ва термоингалицион шикастланиши бўлган беморларда ўтқир респиратор дистресс синдроми (ЎРДС), пневмонит, ҳаттоки кучли куйиш жароҳати учун шокга қарши инфузион терапия фонида ҳам ривожланиш эҳтимоли юқори. Куйиш жароҳати натижасини аниқлашда беморнинг ёши муҳим ва ҳал қилувчи омил ҳисобланади. Куйиш майдони 20% дан кам бўлган беморлар гуруҳида ўлим 5,5% дан кам, куйиш 20% дан ортқ бўлса, ўлим даражаси 75% ни ташкил қилади [2,4,7].

Кекса беморларда гиперметаболик реакция узокроқ ва аниқроқ бўлади. Бундан ташқари, метаболик касалликлар гипергликемия ва инсулинга қарши резистентлик ривожланиши билан кучаяди. Нокулай натижанинг асосий прогнозларининг комбинатсияси билан оғир куйиш жароҳатида ўлим хавфини сезиларли даражада оширади. Чуқур куйиш жароҳати ва ТИТ бўлган кекса беморларнинг гуруҳларида ўлим кўрсаткичи, ёш беморлар гуруҳларига қараганда 8-10 баравар юқори ёки термоингалиция жароҳатисиз бўлиши мумкин. Шундай қилиб, 60 ёшдан ошган, тана юзасининг 40% дан кўпроқ куйиш юзаси ва термоингалицион шикастланишининг мавжудлиги куйиш касаллиги оқибати учун хавфлидир. Битта омил мавжуд бўлганда ўлим 3% дан 9,9% гача, иккита омил билан - 33-48% ва учта омил билан 90,5% ҳолларда ўлим билан яқунланади [2,6].

Ушбу қарашлардан даволанишни яхшилаш, терапевтик чоралар самарадорлигини кузатиш ва беморнинг ҳаёти учун охиригача курашиш имконини берувчи муҳим аҳамиятга эга мезонларни аниқлашга бир қатор қизиқишлар мавжуд. Куйиш касаллигининг турли босқичларида ўлимнинг асосий сабабларини (мия аноксия шоки, нафас олиш, буйрак этишмовчилиги, кўп аъзолар этишмовчилиги синдроми, сепсис, тромбоэмболик асоратлар) аниқлаш ва салбий оқибатларни тезда кузатиб борадиган динамик башорат қилувчиларнинг яхлит тизимини яратиш муаммоси, ўзгаришлар ва уларни динамик равишда сошлаш, долзарб бўлиб қолмоқда. **Тадқиқот мақсади** термоингалицион шикастланишларда эндобронхиал комплекс даволаш самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Материал ва тадқиқот усуллари

Термоингалицион жароҳати (ТИТ) бўлган 94 бемор тўғрисидаги маълумотлар киритилган. Беморларда нафас олиш йўллариининг шикастланишининг сабаби тутун ва ёниш маҳсулотларидан нафас олиш бўлган. Қайд этиш жоизки, 94 кишининг барчасида куйиш ва нафас йўллари шикастланган. Барча жабрланганлар даволаш усулига қараб икки гуруҳга бўлинган.

2020-2022-йилларда даволанганларнинг I гуруҳини 41 нафар жабрланганлар, 2023-2024-йилларда даволанганларнинг II гуруҳига эса 53 нафар бемор чуқур куйиш майдони, ёши ва жинси бўйича солиштирилди.

Натижа ва таҳлиллар

Агар 2020-2022 йиллардаги клиник материаллар тўпланган ва умумлаштирилган бўлса, гомеостаз ўрганилган бўлса, диагностика ва даволаш усуллари ишлаб чиқилса, улар амалиётга татбиқ этилса, бу беморлар ўша даврда эндобронхиал даво олмаган бўлса, кейинги йилларда (2022-2024-йилларда) биз эндобронхиал даволаш билан интенсив терапиянинг ишлаб чиқилган усуллариини сезиларли даражада яхшилаш имкониятга эга бўлдик. Жабрланганларни умумий ва маҳаллий даволаш учун дори воситаларининг арсенали сезиларли даражада кенгайтирилди, қондаги натрий миқдорин назорат қилиш (натриэмиянинг олдини олиш) остида 80-120 мл ҳажмдаги гипертоник (7-10%) натрий хлорид эритмаси кўпроқ қўлланди. Стрессли яраларнинг олдини олиш учун гистамин рецепторларининг H2-блокаторлари (пантопрозол, квамател ва бошқалар) ишлатилган. ТИТ билан оғриган 15 беморда дастлабки 8-10 соат ичида механик вентилляцияни талаб қиладиган ўпка шиши ривожланиш хавфи мавжуд эди. Ушбу беморлар интенсив инфузион-трансфузион терапия мажмуасига глюкокортикостероидларни киритилди. Нафас олиш аъзоларининг шиллиқ қавати шишишини олдини олиш учун II гуруҳ беморларига 2% натрий гидрокарбонат эритмаси, эуфиллин 2,4% -10 мл, адреналин 0,1% -1,0 мл, 0,5% прополис эритмалари билан ингалатсия қилинган. Жароҳатдан кейинги дастлабки 8-12 соат ичида улар учун инфузион терапияни ўтказишда биз коллоидсиз схемага риоя қиламиз, чунки коллоидлар ўпкада сув тўпланишига олиб келади. (С.В.Гудвин ва бошқ., 1983). Клиник тадқиқотлар натижаларини таҳлил қилиш асосида оптик толали бронкоскопиянинг (ФБС) диагностик ва даволаш-профилактика самарадорлиги ТИТ билан биргаликда чуқур куйган 16 беморда ўрганилди. Жами 53 та ФБС амалга оширилди, уларнинг 73% дастлабки 3 кун ичида ФБС ўтказилди.

Эндобронхиал даволаш учун натрий хлориднинг изотоник эритмаси, Рингер-Лактат эритмаси, 0,25% новокаин эритмаси, 0,5% диоксидин эритмаси, 0,5% метрогил эритмаси ва

бронхиал ювиш учун 0,5% прополис эритмаси ишлатилган. Шу муносабат билан, ТИТ билан оғриган беморларнинг 2 гуруҳида даволаш самарадорлигини баҳолаш мақсадга мувофиқ эди. Қиёсий таҳлил маълумотлари қуйидагиларни кўрсатди. ТИТ курси 1-гуруҳдаги 11 (26,8%) ва 2-гуруҳдаги 6 (11,3%) беморларда некротик трахеобронхит ривожланиши билан мураккаблашган, пневмония 8 (15,1%) ва 5 (9,4%) беморларда кузатилган, 16 (30,2%) ва 11 (20,7%) ўткир нафас этишмовчилиги беморларда, ўлим эса— 10 (18,9%) ва 5 (9,4%) беморларда. Характерли жиҳати шундаки, 1-гуруҳдаги беморларнинг аксарияти (10 тадан 8 таси) жароҳатдан кейинги биринчи кунда ўткир респиратор этишмовчиликдан вафот этган бўлса, 2-гуруҳдаги беморларнинг атиги 1 нафари (5 тадан) биринчи кун вафот этган.

Хулоса

Терапевтик ФБС нафас олишни қўллаб-қувватлаш, адекват инфузион-трансфузион, дори ва антибактериал терапия билан оғир куйганларни умумий даволаш мажмуасида асоратлар ва ўлимни 2 баравардан кўпроқ камайтиришга ёрдам берди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Дегтярев Д.Б., Королева Э.Г., Паламарчук Г.Ф., Шлык И.В. Организация работы эндоскопической службы при массовом поступлении пострадавших с комбинированной термоингаляционной травмой. Сб. научных трудов III съезда комбустиологов России. Москва 2010; 16-17. (in Uzb)
2. Крутиков М.Г., Старков Ю.Г., Домарев Л.В. Ингаляционная травма. Сб. науч.тр. 3-го съезда комбустиологов России. Москва 2010; 101-102. (in Uzb)
3. Новоселов В.И., Мубаракшина Э.К., Янш В.А. Роль антиоксидантных систем в регенерации эпителия трахеи после термического ожога верхних дыхательных путей. Пульмонология, 2008; 6: 80-83. (in Uzb)
4. Скворцов Ю.Р., Шпаков И.Ф., Веневитинов Н.О., Тарасенко М.Ю. Организация бронхоскопической помощи при массовом поступлении обожженных из очага техногенной катастрофы мирного времени. // Сб. науч. тр. 3-го съезда комбустиологов России. Москва 2010; 34-35. (in Uzb)
5. Старков Ю.Г., Солодина Е.Н., Ларионов И.Ю. Роль бронхоскопии в диагностике и лечении термоингаляционной травмы. // Сб. науч. тр. I Съезда комбустиологов России «Мир без ожогов», Москва (17-21 октября), 2005. - с.206-207. (in Uzb)
6. Титов А.С., Скворцов Ю.Р., Тарасенко М.Ю. Оценка механизмов нарушения дыхательной функции обожженных с термоингаляционной травмой. // Сб. науч. тр. 3-го съезда комбустиологов России. Москва 2010; 139-141. (in Uzb)
7. Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Абдуллаев У.Х. Особенности течения ожоговой болезни у обожженных с термоингаляционным поражением. // Мат. 1-го съезда врачей неотложной медицины России. Москва 2012; 85. (in Uzb)
8. Хаджибаев А.М., Фаязов А.Д., Камилов У.Р. Особенности течения ожоговой болезни у обожженных с термоингаляционной травмой. // Мед. журнал Узбекистана, 2011; 5: 8-11.
9. Cancio L.C. Airway management and smoke inhalation injury in the burn patient. // Clin Plast Surg 2009; 36(4): 555-567. (in Uzb)
10. Mall M.A. Role of cilia, mucus, and airway surface liquid in mucociliary dysfunction: lessons from mouse models. // J Aerosol Med Pulm Drug Deliv 2008; 21(1): 13-24. (in Uzb)

Қабул қилинган сана 20.04.2025