



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM

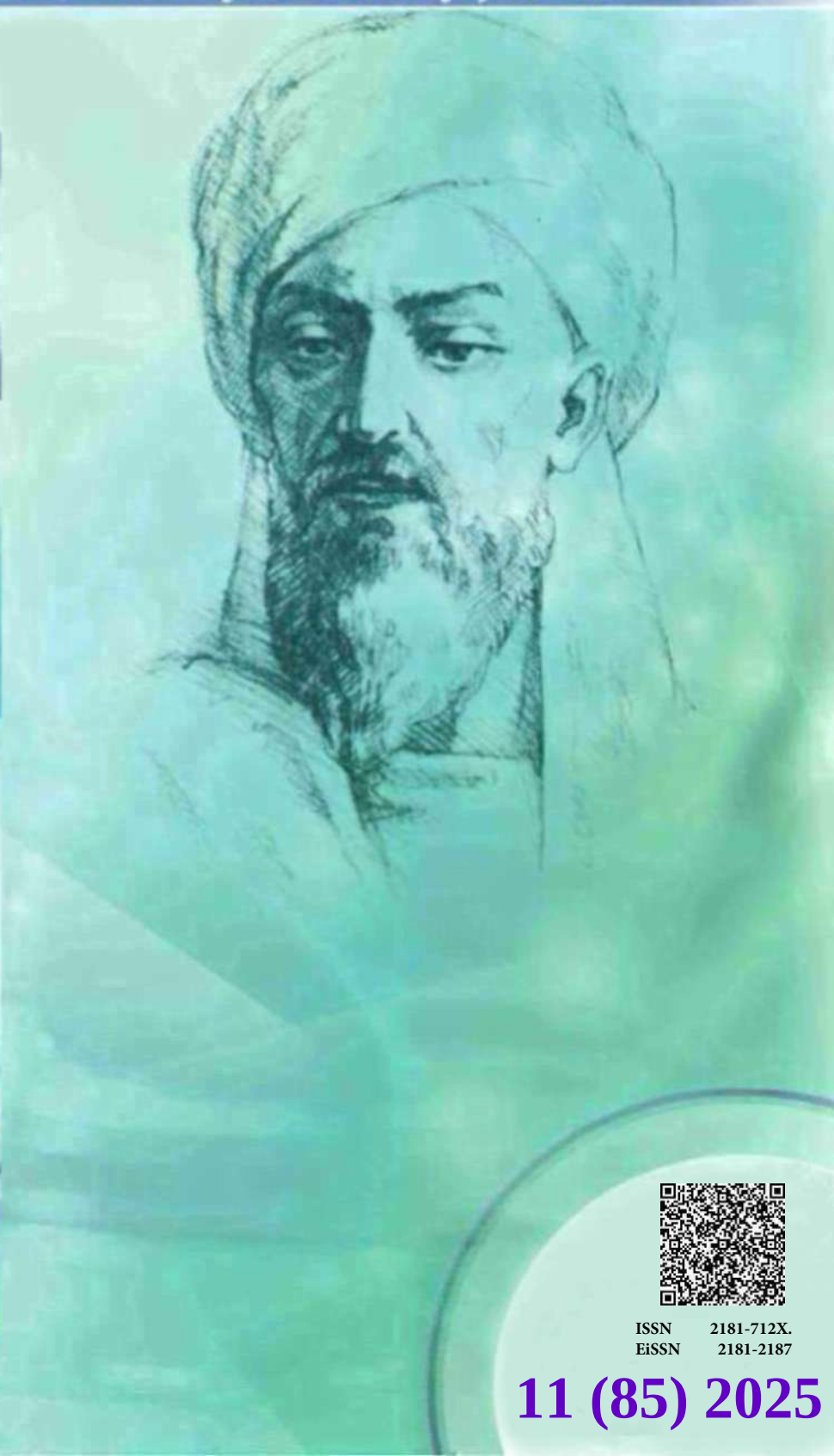


TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

11 (85) 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. ИСКАНДАРОВА
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. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (85)

2025

ноябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2025, Accepted: 06.11.2025, Published: 10.11.2025

УДК 611.42; 617.518; 616.831-005

**ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ
ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ**

Раджабова З.С. <https://orcid.org/0009-0009-7225-0694> e-mail: zebiniso_rajabova@bsmi.uz

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Результаты исследования показывают, что лимфотропная противоотечная и антибактериальная терапия в комплексном лечении больных с черепно-мозговой травмой способствует улучшению результатов лечения в остром периоде, а также профилактики внутричерепных гнойно-воспалительных осложнений, что позволяет снизить уровень летальности.

Ключевые слова: вторичная инфекция, гнойно-воспалительные осложнения, лимфотропная противоотечная и антибактериальная терапия.

**PATHOPHYSIOLOGICAL BASIS OF LYMPHOTROPIC THERAPY OF
INTRACRANIAL INFECTIOUS AND INFLAMMATORY COMPLICATIONS IN
TRAUMATIC BRAIN INJURY**

Radjabova Z.S. <https://orcid.org/0009-0009-7225-0694> 50 e-mail: zebiniso_rajabova@bsmi.uz

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.
1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Resume**

The study results demonstrate that lymphotropic anti-edematous and antibacterial therapy in the comprehensive treatment of patients with traumatic brain injury improves treatment outcomes in the acute period and prevents intracranial purulent-inflammatory complications, thereby reducing mortality.

Key words: secondary infection, purulent-inflammatory complications, lymphotropic anti-edematous and antibacterial therapy.

**МИЯ ТРАВМАТИК ЖАРОҲАТЛАНИШИДА КАЛЛА ИЧИ ИНФЕКЦИОН
ЯЛҒИЛИШЛИ АСОРИЯТЛАРНИНГ ЛИМПОТРОПИК ТЕРАПИЯСИНИНГ
ПАТОФИЗИОЛОГИК АСОСЛАРИ**

Раджабова З.С. <https://orcid.org/0009-0009-7225-0694> e-mail: zebiniso_rajabova@bsmi.uz

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ **Резюме**

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, бош миё жароҳати олган беморларни комплекс даволашда лимфотроп шийша қарши ва антибактериал терапия ўтқир даврда даволаш натижаларини яхшилайти ва бош суяги ичидаги йирингли-яллигланиш асоратларининг олдини олади, шу билан ўлимни камайтиради.

Калит сўзлар: иккиламчи инфекция, йирингли-яллигланиш асоратлари, лимфотроп шийша қарши ва антибактериал терапия.

Актуальность

Отёк мозга и вторичная инфекция при черепно-мозговых травмах (ЧМТ) остаются основной причиной смертности мужчин молодого возраста в развитых странах [4,5,6]. Если тяжесть первичного повреждения мозга определяет исход на догоспитальном этапе тяжелой черепно-мозговой травмы, то от развития внутричерепной гипертензии зависят клинический прогноз и исход острого и отдаленного периодов тяжелой черепно-мозговой травмы [2,4,6]. Так же важно отметить, что проблема вторичной инфекции и инфекционных осложнений при ЧМТ особенно актуальна в случаях длительного коматозного состояния пострадавших. При этом одним из важных в клиническом отношении представляется вопрос о сроках и рисках развития инфекционных осложнений при ЧМТ [2]. К сожалению, традиционные методы введения антибиотиков (внутримышечный, внутривенный, внутрибрюшинный и др.) не обеспечивают терапевтических концентраций антибиотиков в лимфатическом русле. Кроме того, в крови и тканях лечебные концентрации препаратов удерживаются весьма ограниченное время 4-12 часов. Это требует частых повторных инъекций антибиотиков, что далеко небезразлично для организма. Использование лимфотропной антибиотикотерапии при однократной инъекции препарата в среднетерапевтической разовой дозе, обеспечивает лечебную концентрацию в течении 24 часа не только в лимфатической системе, но и в большинстве тканей, сыворотке тканей, сыворотке крови [2]. Инфицирование внутричерепного содержимого оказывает неблагоприятное влияние на течение травматической болезни и достоверно ухудшает исходы. Этиологическим фактором посттравматических менингитов и энцефалитов являются в равной мере грамм положительные и грамм отрицательные микроорганизмы. Для профилактики и лечения этих осложнений лимфотропная антибактериальная терапия повышает эффективность базисного лечения, предотвращая развитие инфекционных осложнений. Работы академика Бородина Ю.И. и Песина Я.М., [1,3] выявили анатомо-функциональную взаимосвязь ЦНС и лимфатической системы, циркуляции ликвора и лимфы в ЦНС, а также показали эффективность лимфотропной терапии в коррекции нарушений ликвородинамики при различных патологических процессах. Данные предпосылки позволяют считать целесообразным и патогенетическим обоснованным применение лимфо стимулирующих технологий в лечении ЧМТ.

Целью работы было изучение влияния методов лимфотропной противотечной и лимфотропной антибактериальной терапии внутричерепных инфекционно-воспалительных осложнений при черепно-мозговой травме.

Материал и методы

Исследование проведено в отделение нейрореанимации Бухарского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Объектами исследования явились 51 пациент с ЧМТ, возраст которых варьировал от 32 до 65 лет (средний возраст составлял $56,3 \pm 3$ лет), у которых исследованы клиничко-лабораторные данные. При оценке неврологического статуса по шкале комы Глазго (ШКГ) средний балл при поступлении в стационар составлял $9,3 \pm 2,1$. Из 38 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой гнойно-воспалительные осложнения (менингит и менингоэнцефалит) были более характерными для очаговых повреждений головного мозга, чем для диффузных (18% против 5% ($p < 0,01$)).

С целью противотечной терапии и профилактики внутричерепных инфекционно-воспалительных осложнений в период с 2019 по 2021 гг., была проведена региональная противотечная терапия и лимфотропная антибактериальная терапия 38 больным с ЧМТ. Контрольную группу составили 13 больных, которые получали стандартную интенсивную терапию. Субмастоидальные инъекции выполнялись врачом. Костным ориентиром являлся сосцевидный отросток височной кости. Пальпаторно определяли нижний край отростка и в этой точке производили инъекцию обычной подкожной иглой, присоединенной к шприцу с лекарственной смесью. После прокола кожи при вхождении иглы в подкожную клетчатку вводили смесь. Глубина введения иглы в среднем составляла 2-3 мм. Введение лекарственной смеси осуществляли в две точки – справа противотечная лимфотропная терапия: лидокаин 2%-1мл, дексаметазон 4мг, 10% р-р глюкозы 3мл. в одном шприце и слева-лимфотропная антибактериальная терапия- цефтриаксон по 100 мг, кратность введения один раз ежедневно, начиная с вторых суток ЧМТ, в течение 5 дней. Все пациенты получали единый стандарт обследования, который включал в себя: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование ликвора, исследование глазного дна, КТ черепа, оценку функций центральной нервной системы. Для решения поставленной цели были определены основные параметры сравнения: оценка по Шкале Глазго (ШКГ) на первые, пятые сутки ЧМТ и при переводе из отделения реанимации в нейрохирургическое.

Результат и обсуждения

При проведении лимфотропной противоотечной и антибактериальной терапии в сочетании со стандартной терапией важнейшим критерием оценки эффективности проводимой терапии являлись сроки восстановления уровня сознания, которое фиксировалось по Шкале Глазго. На момент первой оценки по ШКГ результаты в группе контроля составили $8,1 \pm 1,3$ балла, а в основной группе – $7,5 \pm 1,8$ соответственно, что свидетельствует о сопоставимости групп данного исследования. Пациенты основной группы с тяжелой черепно-мозговой травмой ($n=38$) были разделены на три подгруппы в зависимости от количества баллов по ШКГ с оценкой на 1 и 5-е сутки нахождения в стационаре после ЧМТ: 1) 3-4 балла по ШКГ – 6 пациента; 2) 5-8 баллов по ШКГ – 15 пациентов; 3) 8-10 баллов по ШКГ – 17 пациентов. Распределив пациентов по первоначальным подгруппам, мы получили следующие результаты на пятые сутки ЧМТ: 1) 3-4 балла – 0; 2) 5-8 баллов – 20; 3) 8-10 баллов – 18 пациентов. На фоне проводимой терапии на 5-е сутки отмечалось достоверное улучшение оценки по ШКГ у пациентов основной группы: с $7,5 \pm 1,8$ балла до $10,97 \pm 1,33$ соответственно. Летальность в течение первых пяти суток ЧМТ в основной группе составила 2 пациента. Перевод в профильное отделение после 5-ти суток пребывания в отделении реанимации состоялся во всех 36 случаях, при этом отмечалось дальнейшее улучшение оценки по ШКГ до $12,88 \pm 1,20$, но это было статистически мало достоверно, ($p < 0,05$). Выживаемость пациентов после 5-ти суток ЧМТ в основной группе была 94,8%. Для сравнения эффективности проводимой терапии в группах исследования пациенты контрольной группы ($n=13$) также были разделены на три подгруппы подобно пациентам основной группы в зависимости от количества баллов по ШКГ: 1) 3-4 балла по ШКГ – 0; 2) 5-8 баллов – 3 пациентов; 3) 8-10 баллов – 10 пациентов. На пятые сутки ЧМТ получены следующие результаты: 1) 3-4 балла – 0; 2) 5-8 баллов – 1 пациента; 3) 8-10 баллов – 10 пациентов. У 2 пациентов контрольной группы на пятые сутки было от 10 до 12 баллов. На фоне стандартной терапии на 5-е сутки отмечалась тенденция к улучшению оценки по ШКГ у пациентов контрольной группы: с $8,1 \pm 1,3$ балла до $9,97 \pm 1,16$ балла соответственно, при этом $p \geq 0,05$. Летальность в течение первых пяти суток ЧМТ в контрольной группе составила 5 пациентов. Перевод в профильное отделение после 5-ти суток пребывания в отделении реанимации состоялся в 6 случаях, при этом отмечалось дальнейшее улучшение оценки по ШКГ у этих пациентов с $9,97 \pm 1,16$ балла до $12,57 \pm 1,03$ балла. Но выживаемость пациентов после 5-ти суток ЧМТ в группе контроля была 61,6 %. Анализ исходов тяжелой черепно-мозговой травмы в зависимости от наличия внутричерепных инфекционно-воспалительных осложнений показал, что доля умерших больных была статистически достоверно выше при контрольной группе. Таким образом, проведение лимфотропной противоотечной и антибактериальной терапии при ЧМТ в остром периоде позволило эффективно воздействовать на течение патологического процесса и улучшить результаты лечения, что подтверждается достоверно лучшими данными по ШКГ, летальности, срокам пребывания в палате реанимации у пациентов основной группы.

Заключение

Лимфотропная противоотечная и антибактериальная терапия повышает эффективность базисного лечения, предотвращает развитие вторичных инфекционно-воспалительных осложнений при ЧМТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бородин, Ю.И. Мозг и жидкие среды организма / Ю.И. Бородин, Я.М. Песин. - Новосибирск; Бишкек, 2005; 184 стр.
2. Кулдашев К.А., Кулдашева Я.М., Хакимова З.К. и др. Диагностика и хирургическое лечение внутричерепной гипертензии травматического генеза и внутричерепные инфекционно-воспалительные осложнения при сочетанной черепно-мозговой травме. Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. 2021;3:36-39.
3. Песин Я.М., Чернышева Е.А., Бейсембаев А.А., Великородова М.Я. Морфофункциональные характеристики путей оттока спинномозговой жидкости в лимфатическое русло в условиях длительного воздействия адреналином и обзиданом // Бюллетень Сибирской Медицины. – 2008;5:36-39.
4. Brain Trauma Foundation, American Association of Neurological Surgeons, Joint Section on Neurotrauma and Critical Care, Guidelines for the management of severe traumatic brain injury, J Neurotrauma 2000;17:451-627.
5. Greve M.W., Zink B.J. Pathophysiology of traumatic brain injury // Mt. Sinai J. Med. 2009, Apr; 76(2):97-104.
6. Donkin J.J., Vink R. Mechanisms of cerebral edema in traumatic brain injury: therapeutic developments. // Curr. Opin. Neurol. 2010 Jun; 23(3):293-9.

Поступила 20.10.2025