

ИНГАЛЯЦИОН ЖАРОҲАТИ БОР БЕМОРЛАРДА ЭНДОБРОНХИАЛ КОМПЛЕКС ТЕРАПИЯНИНГ РОЛИ



Хайитов Лазиз Милионерович¹, Хакимов Эркин Абдихалилович², [Карабает Худойберди Карабаетич](#)¹, Аброров Шахбозжон Нематзода¹

1 – Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 – Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали; Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

РОЛЬ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

Хайитов Лазиз Милионерович¹, Хакимов Эркин Абдихалилович², [Карабает Худойберди Карабаетич](#)¹, Аброров Шахбозжон Нематзода¹

1 – Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г.Самарқанд;

2 – Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Самарқандского филиала, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

THE ROLE ENDOBRONKIAL OF COMPLEX THERAPY AT PATIENTS WITH THE INHALATION TRAUMA

Khayitov Laziz Milionerovich¹, Khakimov Erkin Abdikhalilovich², [Karabaev Khudoiberdi Karabaevich](#)¹, Abrorov Shahbozjon Nematzoda¹

1 – Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 – Republican Scientific Center for Emergency Medical Aid of the Samarkand Branch, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Куйиш жароҳати муҳим тиббий ва иқтисодий муаммо бўлиб қолмоқда. Куйиш билан оғриган беморларнинг асоратлари ва ўлим даражаси юқори. Ушбу мақолада ингаляцион травма бўлган беморларни ташхислаш ва даволаш кўриб чиқилади, бундай беморларни ташхислаш ва даволашда оптималлаштирилган усуллар кўрсатилган. Бундан ташқари патогенезнинг баъзи жиҳатлари ёритилган ва юқори технологияли диагностика усуллари кўриб чиқилади.

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

Abstract. Burn injury remains a significant medical and economic problem. Burn patients have a high complication rate and a high mortality rate. This paper discusses the diagnosis and treatment of patients with thermal inhalation trauma, indicates optimization methods in the diagnosis and treatment of such patients. In addition, some aspects of pathogenesis are highlighted, and high-tech diagnostic methods are considered.

Key words: thermal inhalation injury, intensive care, fibrobronchoscopy, burn disease.

Тадқиқотнинг 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 қиммат ҳисобланиб, уларнинг реабилитацияси ва чандиқларни кейинчалик тузатишни талаб қилади.

Оғир куйиш жароҳати бўлган беморларда нохуш оқибатларнинг анъанавий прогнози ёши, термал ингаляцион шикастланишнинг мавжудлиги ва куйиш ярасининг танкидий майдони ҳисобланади [1, 8]. Афсуски, оғир куйиш жароҳати бўлган беморларда ўлим келиб чиқиш эҳтимоли юқорилигича қолмоқда [1, 2, 4, 9]. Ҳозирги босқичда лаборатория параметрлари (тромбоситопения, паст гематокрит, гипоалбуминемия) оғир термал жароҳатда

натижанинг анъанавий прогнозларига қўшилади. Шикастланишнинг натижасига юқумли асоратларнинг ривожланишига тиббий ёрдамнинг ўз вақтида ва самарали кўрсатилмаслиги таъсир қилади [2,10].

Куйишлар майдони термал шикастланиш натижасининг асосий элчиси ҳисобланади. Куйиш майдонининг кўпайиши билан беморнинг омон қолиш эҳтимоли мутаносиб равишда камаяди [2,6,11]. Куйиш майдони куйиш шокиннинг 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, термал ингаляцион травманинг (ТИТ) юқорилиги ўлим билан боғлиқ - 25-50%, ривожланаётган мамлакатларда ўлим 45% дан 78% гача бўлади. Ёнгин пайтида иссиқ газлар, тутунлар, куйиқишлар, захарли аерозоллар билан нафас олиш ўпка капиллярларининг ўтказувчанлигини оширишга, интерстициал ўпка шишининг пайдо бўлишига олиб келади [4,5]. Куйишнинг оғир шикастланиши ва термал ингаляцион шикастланиши бўлган беморларда ўткир респиратор дистресс синдроми (ЎРДС), пневмонит, ҳаттоки кучли куйиш жароҳати учун шокга қарши инфузион терапия фониди 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 ортиқ бўлса, ўлим даражаси 75% ни ташкил қилади [2,4,7]. Кекса беморларда гиперметаболик реактсия узокроқ ва аниқроқ бўлади. Бундан ташқари, метаболик касалликлар гипергликемия ва инсулинга қарши резистентлик ривожланиши билан кучаяди.

Ноқулай натижанинг асосий прогнозларининг комбинатсияси билан оғир куйиш жароҳатида ўлим хавфини сезиларли даражада оширади. Кучли куйиш жароҳати ва ТИТ бўлган кекса беморларнинг гуруҳларида ўлим кўрсаткичи, ёш беморлар гуруҳларига қараганда 8-10 баравар юқори ёки термал ингалатсия жароҳатисиз бўлиши мумкин. Шундай қилиб, 60 ёшдан ошган, тана юзасининг 40% дан кўпроқ куйиш юзаси ва термал ингалатсия шикастланишининг мавжудлиги куйиш касаллиги прогнози 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 позитсиядан даволанишни сошлаш, терапевтик чоралар самарадорлигини кузатиш ва беморнинг ҳаёти учун охиригача курашиш имконини берувчи прогностик 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, тромбоемболик 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 термаингалатсияли шикастланишлар учун комплекс терапияда эндобронхиал даволаш самарадорлигини баҳолашдан иборат.

Материаллар ва тадқиқот усуллари. Термал ингалатсион жароҳати (ТИТ) бўлган 94 бемор тўғрисидаги маълумотлар ишлатилган. Беморларда нафас олиш ёълларининг шикастланишининг сабаби тутун ва ёниш маҳсулотларидан нафас олиш бўлган. Қайд этиш жоизки, 94 кишининг барчасида куйиш ва нафас ёъллари шикастланган. Барча жабрланганлар даволаш усулига қараб икки гуруҳга бўлинган.

2001-2011-йилларда даволанганларнинг I гуруҳини 41 нафар жабрланганлар, 2011-2019-йилларда даволанганларнинг II гуруҳига эса 53 нафар бемор чуқур куйиш майдони, ёши ва жинси бўйича солиштирилди.

Тадқиқот натижалари. Агар 2001-2011 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 (2011-2019-йилларда) биз бундай имкониятга эга бўлдик. эндобронхиал даволаш билан интенсив терапиянинг ишлаб чиқилган усуллари сезиларли даражада яхшилаш. Жабрланганларни умумий ва маҳаллий даволаш учун дори воситаларининг арсенали сезиларли даражада кенгайтирилди, қондаги натрий миқдорини назорат қилиш (натриемиянинг олдини олиш) остида 80-120 мл ҳажмдаги гипертоник (7-10%) натрий хлорид эритмасининг инфузияларини қўллаш кўпроқ бўлди. терапевтик чоратadbирларнинг бутун мажмуасида кенг қўлланилди. 160 ммол/л дан ортиқ). Стрессли яраларнинг олдини олиш учун гистамин ретсепторларининг H2-блокаторлари (пирензипин, квамател ва бошқалар) ишлатилган. ТИТ билан оғриган 15 беморда дастлабки 8-10 соат ичида механик вентилатсияни 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 ИИ гуруҳ беморларига 2% натрий гидрокарбонат эритмаси, эуфиллин 2,4% -10 мл, адреналин 0,1% -1,0 мл, 0,5%

прополис эритмалари билан ингальтсия 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 кучли қуйган 16 беморда ўрганилди. Жами 53 та ФБС амалга оширилди, улардан дастлабки 3 кун барча ФБС нинг 73% ни ташкил этди. 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. Қийёсий 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. %), ўткир нафас этишмовчилиги - 16 (30,2%) ва 11 (20,7%) беморларда, ўлим - 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-трансфүзён, дори ва антибактериал терапия билан оғир қуйганларни умумий даволаш мажмуасида асоратлар ва ўлимни 2 баравардан кўпроқ камайтиришга ёрдам берди.

Адабиётлар:

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.
2. Крутиков М.Г., Старков Ю.Г., Домарев Л.В. Ингаляционная травма. // Сб. науч.тр. 3-го съезда комбустиологов России. Москва 2010; 101-102.
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.

4. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

5. Ризаев Ж. А., Нурмаматова К. Ч., Тухтаров Б. Э. Организация лечебно-профилактической помощи при аллергических заболеваниях у детей // ББК. – Т. 51. – С. 113.

6. Ризаев Ж. А., Азимов А. М., Храмова Н. В. Догоспитальные факторы, влияющие на тяжесть течения одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний и их исход // Журнал "Медицина и инновации". – 2021. – №. 1. – С. 28-31.

7. Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Абдуллаев У.Х. Особенности течения ожоговой болезни у обожженных с термоингаляционной травмой. // Мат. 1-го съезда врачей неотложной медицины России. Москва 2012; 85.

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.

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.

11. Mlcak R.P., Suman O.E., Herndon D.N. // Respiratory management of inhalation injury. Burns 2007; 33: 2-13.

РОЛЬ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

Хайитов Л.М., Хакимов Э.А., **Карабаев Х.К.**
Аброворов Ш.Н.

Резюме. Ожоговая травма остается серьезной медицинской и экономической проблемой. Пациенты с ожогами имеют высокий уровень осложнений и смертности. В этой статье рассматривается диагностика и лечение пациентов с ингаляционными травмами с указанием оптимизированных методов диагностики и лечения таких пациентов. Кроме того, освещаются некоторые аспекты патогенеза и рассматриваются высокотехнологические методы диагностики.

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