

## КУЙИШ КАСАЛЛИГИДА ПОЛИОРГАН ЕТИШМОВЧИЛИК АСОРАТИ БЎЛГАН БЕМОЛЛАРНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ ТАҲЛИЛИ



Хайитов Лазиз Милионерович<sup>1</sup>, Хакимов Эркин Абдихалилович<sup>2</sup>, [Карабает Худойберди Карабаетич](#)<sup>1</sup>,  
Аброров Шахбозжон Нематзода<sup>1</sup>

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

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

### АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНЮ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хайитов Лазиз Милионерович<sup>1</sup>, Хакимов Эркин Абдихалилович<sup>2</sup>, [Карабает Худойберди Карабаетич](#)<sup>1</sup>,  
Аброров Шахбозжон Нематзода<sup>1</sup>

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

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

### ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH BURN DISEASE COMPLICATED BY MULTIORGAN FAILURE

Khayitov Laziz Milionerovich<sup>1</sup>, Khakimov Erkin Abdikhalilovich<sup>2</sup>, [Karabaev Khudoiberdi Karabaevich](#)<sup>1</sup>,  
Abrorov Shahbozjon Nematzoda<sup>1</sup>

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](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Куйиш жароҳати муҳим тиббий ва иқтисодий муаммо бўлиб қолмоқда. Куйиш билан оғъриган беморларнинг асоратлари ва ўлим даражаси юқори. Ушбу мақолада кўп орган етишмовчилиги бўлган беморларни таъхислаш ва даволаш кўриб чиқилади, бундай беморларни таъхислаш ва даволашда оптималлаштирилган усуллари кўрсатилган. Бундан таъхир патогенезнинг баъзи жиҳатлари ёритилган ва кўп аъзолар етишмовчилигини таъхислаш ва даволашнинг юқори технологияли усуллари кўриб чиқилади.

**Калим сўзлар:** полиорган етишмовчилик, интенсиве терапия, ўлим кўрсаткичи, асоратлар, профилактика.

**Abstract.** Burn injury remains a significant medical and economic problem. Burn patients have a high complication rate and a high mortality rate. In this paper, the diagnosis and treatment of patients with multiple organ failure is considered, methods of optimization in the diagnosis and treatment of such patients are indicated. In addition, some aspects of pathogenesis are highlighted, and high-tech methods of diagnosis and treatment of multiple organ failure are considered.

**Key words:** multiple organ failure, intensive care, mortality, complications, prevention.

**Долзарблиги.** Мавжуд маҳаллий ва чет эл адабиётларида оғир куйган беморларда, кўп аъзолар етишмовчилиги синдромининг ривожланиши деярли ёритилмаган. Маълумки, куйиш касаллигининг кечиши кўплаб органларда органик бузилишлар билан кечади, аммо уларнинг патогенези, тузилиши, клиник ва морфологик кўринишларининг хусусиятлари тўлиқ ўрганилмаган.

Кўплаб муаллифлар куйиш касаллигини оғир шикастланиш ёки инфекция натижасида ривожлангани тизимли яллиғланишга қарши жавоб синдроми модели сифатида кўриб чиқиш керак, деб таъкидлашади. Ушбу назарияга кўра, фагоцитлар томонидан яллиғланишга қарши сито-

кинларнинг гиперпродукцияси тўқималар ва органларнинг нобуд бўлиши билан бирга келадиган патофизиологик касалликлар мажмуасининг ривожланишини бошлайди, бу эса кўп органларнинг дисфункциясига ёки етишмовчилигига олиб келади. Шу сабабдан куйиш касаллигининг патогенезида тизимли яллиғланиш реакциясининг аҳамияти ва кўплаб аъзолар касалликларининг ривожланиши ҳали ўрганилмаган ва унинг олдини олиш ва тузатишнинг асосий усуллари аниқланмаган.

**Тадқиқот мақсади.** Кўп аъзолар етишмовчилиги синдроми олдини олиш ва янги усуллар

оркали куйган беморларни даволашда ижобий натижаларга эришиш.

**Материаллар ва усуллар.** Тадқиқот объекти сифатида 2008 йилдан 2018 йилгача РШТТЎИМ Самарқанд филиалида 18 ёшдан 74 ёшгача бўлган чуқур куйиш жароҳати билан даволанган 643 нафар бемор олинди. Кузатувдаги беморларнинг барчаси қўлланилган даволаш усулига қараб 2 гуруҳга бўлинди. Назорат гуруҳи 2008-2012-йилларда РШТТЎИМ Самарқанд филиали куйиш бўлимида даволанган 313 нафар (48,67%) беморлардан иборат бўлиб, уларда анъанавий шокга қарши инфузион-трансфузион терапия ва умумий қабул қилинган даволаш курси коидаларига мувофиқ даволанган.

Асосий гуруҳи 2013-2018-йиллар давомида РШТТЎИМ Самарқанд филиалининг куйиш бўлимига ётқизилган, шу патология билан оғриган 330 нафар (51,33%) беморлардан ташкил топган бўлиб, уларда шокга қарши инфузион-трансфузион терапиянинг такомиллаштирилган техникаси ўтказилди. Ҳаётий муҳим органлар фаолиятининг бузилишига ва эрта фаол жарроҳлик тактикасига қараб инотроп ва органопротектив ёрдам кўрсатилди. Жабрланганларга клиник, инструментал (рентген, ЭКГ, УТТ, ЭГДС, ФБС) ва лаборатория (клиник ва биокимёвий қон таҳлиллари, коагулограмма) текширувларидан ўтказилди. Шу билан бирга аутопсия материалнинг гистологияси, куйиш яралари ва қоннинг бактериологияси ва бошқалар ҳам ўрганилди.

**Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокама қилиш.** Жабрланганларнинг аксарияти (539; 83,83%) РШТТЎИМ Самарқанд филиалининг куйиш бўлимига термик жароҳат олгандан кейин дастлабки 6 соат ичида ётқизилган. Беморларнинг кеч ётқизилганлиги (104; 16,17%) яқин туманлардан қайд этилган бўлиб, уларга биринчи тиббий ёрдам туман марказий шифохонасининг жарроҳлик бўлимлари шароитида кўрсатилган.

Куйиш шикастланишининг этиологик сабаблари орасида аланга (олов) устунлик қилди (461; 71,7%), бу чуқур куйиш билан оғриган беморларнинг кўпчилигини кўрсатади. Қайноқ сув ва иссиқ суюқлик билан куйишлар 140 беморда (21,77%), сандал чўғи билан куйишлари - 22 беморда (3,42%), электр куйишлари - 15 беморда (2,33%), контактли куйишлар - 5 тада (0,78%). 625 (97,2%) беморда тана юзасининг 10% дан (б. т.) чуқур ИИИ-ИВ даражали куйишлар, 18 (2,8%) беморларда эса б.т.нинг 10% гача чуқур куйишлар бўлган. Френк прогностик кўрсаткичига кўра. (ИФ), қурбонлар 4 гуруҳга бўлинган: I гуруҳ - ИФ <30 бирлик. - 36 бемор (5,59%). ИИ - 30-60 дона бўлса. - 412 (64,07%), ИИИ - ИФ 61-90 дона. - 53 (8,24%), ИВ - ИФ >90 бирлик. - 142 (22,08%).

Кулай прогнозли (ФИ 60 бирликгача) куйган беморлар 69,67% ни, шубҳали ва нокулай прогнозли (ФИ 60 бирликдан юқори) - 30,32% ни ташкил қилди. Асосий куйган соҳалар уларнинг танаси ва оёқ-қўлларида (беморларнинг 32,5%), бош ва оёқ-қўлларида (27,22%), магистрал (14,62%) соҳасида жойлашган. Ёнғин ёки қайноқ сув билан куйган 126 (19,59%) нафар беморларда, тананинг кўпроқ сатҳи жароҳатланганлиги кузатилди. 87 нафар беморда (13,53%) тери куйиши билан биргаликда ингалятсион жароҳати ҳам кузатилди. Одатда бундай беморларда куйиш шоки оғир даражада кечеди. Гуруҳлар ўртасида куйиш яраларини эгаллаган сатҳида сезиларли фарқ кузатилмади. Куйиш касаллигидан ўлган беморларнинг 150 та касаллик тарихини ретроспектив таҳлил қилинганда, кўп аъзолар етишмовчилиги синдромининг тузилиши клиник маълумотларга ва мурданинг 145 та суд-тиббий экспертиза натижаларига кўра ўрганилди ва органларнинг аутопсия материалнинг гистологик тадқиқотлари ўтказилди. Кўп аъзолар етишмовчилигидан вафот этган 52 беморнинг (I гуруҳда - 15та, II гуруҳда - 37та) таҳлил қилинди. Назорат гуруҳидаги беморларда ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатдики, жабрланганларнинг 185 нафари (59,1 фоизи) куйиш шоки босқичида, 128 нафари (40,9 фоиз) ўткир куйиш токсемия босқичида 128 нафари (40,9 фоиз) ўткир куйиш токсемия босқичида РШТТЎИМ Самарқанд филиали куйиш бўлимига ётқизилган. Биз 217 (69,32%) нафар беморни (313 нафардан) септикотоксемия босқичида кузатдик ва даволадик. Куйиш шоки бўлган беморларнинг назорат гуруҳида организми шикастланишлар частотасини ўрганиш шуни кўрсатдики, ПОЙ барча (100%) куйган беморларда аниқланган. Шу билан бирга, кўп ҳолларда - 296 (94,57%), уч ёки ундан ортиқ орган ва тизимларнинг функциясининг бузилиш комбинацияси аниқланди.

Куйиш шоки ва ПОЙ синдроми билан оғриган 51 (27,57%) нафар беморда марказий асаб тизимининг (МНТ) энсефалопатия кўринишидаги шикастланишлари аниқланган. Ушбу гуруҳдаги беморларда марказий асаб тизимининг етишмовчилиги кўп ҳолларда интоксикация ва онг бузилиши (кўзғалиш, летаргия, ступор, кома) шаклида намоён бўлди. Юқори ўринда куйган беморларда нафас олиш тизимининг зарарланиши - 55 (29,72%) ва ошқозон-ичак тракти (ОИТ) - 50 (27,03%) ҳолларда гипоксия, метаболик жараёнлар ва сув-электролитлар баланси бузилишига олиб келди. Куйиш шокининг оғир курсини ривожланишида метаболизм бузилишлари муҳим аҳамиятга эга. Кейинги ўринда юрак-қон томир тизимининг (ЮҚТ) зарарланишлари бўлиб, улар 56 (70,89%) нафар беморда аниқланган. Улар одатда куйиш шокининг дастлабки босқичларида

пайдо бўлган ва гипоксик-метаболик генезга эга ҳисобланади. 54 (29,19%) беморларда буйрак синдроми ва 42 (22,7%) - жигар етишмовчилиги ривожланди. ПОЙ ривожланишининг энг кўп учрайдиган синдром ичак етишмовчилиги синдромидир (ИЕС). Ошқозон-ичак трактининг функционал етишмовчилиги, бизнинг клиник кузатишларимизга кўра, ошқозон ва ичакнинг токсик парезлари, қизилўнгач, ошқозон, ўн икки бармокли ичак ва ингичка ичакнинг ўткир эрозиялари ёки яраларининг шаклланиши, кўпинча қон кетишининг ривожланиши билан оғирлашди (12 ҳолатда). Буларнинг барчаси кўплаб муаллифлар томонидан илгари айtilган куйиш шоки шароитида ичак тракти тез-тез таъсирланадиган "нишон аъзо" деган фикрни тасдиқлади. Ишемияга энг эрта таъсирланадиган аъзо ичак, куйиш ярасидан ташқари, инфекция учун қўшимча "кириш дарвозаси" бўлиб ҳисобланади. Юқори иссиқлик шикастланиши бўлган назорат гуруҳидаги беморларда ичак дисфункциясининг намоён бўлишини таҳлил қилиш ИЙСнинг 4 та асосий белгиларини аниқлашга имкон берди: такрорий қайт қилиш (46,33%), стресс Курлинг яраларининг ривожланиши (19,49%), ошқозон-ичак трактининг парези. ошқозондан "димланган" ажралма (24,6%) ва кўп микдорда суюқ ахлат (11,18%) кўриниши билан кечди.

Тадқиқотни ўтказиш жараёнида биз бир натижани аниқладик: шок давомийлиги ошиши билан ошқозон-ичак трактидаги бузилишларнинг оғирлиги ҳам ортади. Кам вақт давом этган шок, қоида тариқасида, такрорий қайт қилиш билан бирга бўлса, узоқ давом этган шок стресснинг шаклланишига олиб келди, улардан қон кетиши ва доимий ичак парезлари, оғиз ва энтерал овқатланишнинг этишмаслиги (12 та ҳолатда). Шунинг учун беморларнинг ушбу контингентда термал шикастланишнинг оғирлиги куйиш шоки ва ҳаётгий органлар ва тизимларнинг бузилиши (ПОЙ) ривожланишида етакчи омил ҳисобланади. Куйиш шоки ва ПОЙ кечишининг давомийлиги асосан даволаш натижасини белгилайди. Ичак функциясининг бузилиши, ўз навбатида, оғир куйиш касаллигини намоён этиши мумкин.

Кўп аъзолар етишмовчилиги синдроми 2 тадан 7 тагача тизим ва органларнинг шикастланишини ўз ичига олган бўлса, куйиш шикастланишининг ортиши билан иштирок этган органлар сони ҳам ортиб боради. 2-4 тизим ва органларнинг иштироки 250 (79,87%) беморда содир бўлган, 5-7 тизим ва органларнинг шикастланиш белгилари камроқ тарқалган - 63 (20,12%). Шу билан бирга, беморларда тизимли яллиғланиш реакцияси (ТЯР) фониди органларда диффуз дистрофик ва деструктив ўзгаришларни акс эттирувчи, турли даражадаги дисфункцияларга олиб келадиган дисфункция белгилари ва етишмовчи-

лик белгилари қайд этилган. Ўлим даражаси 4-5 орган тизимининг иштироки билан кескин ўсди, функциянинг етишмовчилиги фақат 3-4 органда содир бўлди. Куйиш шоки босқичида ётқизилган назорат гуруҳидаги 185 нафар беморда Эванс формуласи бўйича анъанавий шокка қарши инфузион-трансфузион терапия билан комплекс даволаш ўтказилди. Куйиш шоки натижасида жабрланганларни даволаш учун асос деб, биз ҳам кўплаб тадқиқотчилар каби инфузион-трансфузион терапияни қўллаш беморларни қабул қилинган қунидаёқ ўринли дев ҳисоблаймиз.

Шуни таъкидлаш керакки, турли муаллифлар томонидан таклиф қилинган инфузион терапия учун тавсиялар аниқ ёки мажбурий ҳисобланмайди. Одатда синовдан ўтган усулларга асосланиб, ушбу тавсиялар даволанишнинг бошида "умумий қўлланма" сифатида ишлатилади.

Беморларнинг ушбу гуруҳида ўлимга олиб келадиган натижалар таркибида кўпинча куйидагилар аниқланган: нафас олиш функцияси етишмовчилиги (88,89%), юрак-қон томир тизими (77,78%), марказий асаб тизими (66,67%), камроқ - буйрак етишмовчилиги (33, 34). %) ва ошқозон-ичак трактининг етишмовчилиги (22,23%), кўп аъзолар етишмовчилигида қайтмас жараёнларнинг ривожланиши, кўпинча нафас олиш тизими ва ошқозон-ичак тракти етишмовчилиги (массив қон кетиш) билан бошлаган. Назорат гуруҳидаги беморларда куйиш шокини даволаш натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, шокка қарши инфузион-трансфузион терапиянинг анъанавий (маълум) усулларида фойдаланган ҳолда ҳам, биз шокдан халос бўла олмадик ва 9 (11,39) да ПОЙни бартараф эта олмадик, шу сабабдан беморларда ўлим ҳолати кузатилди. Назорат гуруҳидаги беморларни жарроҳлик билан даволаш натижалари. Назорат гуруҳидаги чуқур III-IV даражали куйишлар билан касалланган 313 нафар тирик қолган беморлардан 227 нафари кейинги жарроҳлик аралашувига мухтож бўлди. Куйган беморларнинг оғир аҳволи (ПОЙ намоён бўлишининг оғирлиги) туфайли жарроҳлик билан даволаш беморлар касалхонага ётқизилган кундан бошлаб ўртача  $26,5 \pm 1,0$  кун давомида амалга оширилди. Операция қилинган беморларда куйишларнинг умумий майдони тана юзасининг 2% дан 40% гача, чуқур III-V ва IV даражали куйишлар майдони эса тана юзасининг 3% дан 30% гача. 227 нафар беморнинг 81 нафари (35,68%) 1-босқичда, 146 нафарида (64,32%) 2-босқичда аутодермопластика (АДП) операцияси ўтказилди. Тежамкор некротомиянинг ўртача майдони  $11,7 \pm 0,7\%$  ни ташкил этди. Куйиш юзасини консерватив тайёрлаш ва жарроҳлик аралашувлар (227 бемор) ўтказилган беморларнинг назорат гуруҳидаги операциядан

кейинги асоратлар ва ўлим кўрсаткичлари тахлили шуни кўрсатдики, энг кўп учрайдиган асоратлардан бири йирингли-инфекцион асоратлар бўлиб, улар орасида пневмония биринчи ўринда туради. Иккинчиси 23,0% ҳолларда фокал хусусиятга эга бўлиб, 2,4% ҳолларда абсцесс шаклланишига мойил бўлди.

11,86% ҳолларда операциядан кейинги эрта даврда юзага келган септик асоратлар сепсис ривожланиши билан якунланди. Беморларнинг 8,47 фоизда ярадан йирингли-инфекцион асоратлар кузатилган. Назорат гуруҳининг 86 (27,47%) қурбонларида ПОЙнинг кўпайиши натижасида ўгир оқибатлар юзага келди. Беморларнинг назорат гуруҳида даволаниш натижаларидан қоникмаслик, бизни беморларнинг аҳволини баҳолашнинг энг муҳим мезонларини белгилаш билан куйиш шоки ривожланишининг патогенезини батафсил ўрганишга ундади. Шу билан бирга, эрта жарроҳлик аралашуви учун ПОЙнинг ушбу оғир ҳолатини тўғри тузатишга ёрдам берадиган инфузион-трансфузион терапиянинг янада илғор схемаларини топиш ва ишлаб чиқиш зарурати мавжуд. Асосий гуруҳдаги барча жабрланганлар куйиш шоки босқичида ётқизилган. Уларда замонавий такомиллаштирилган усуллар ва эрта фаол жарроҳлик тактикаси бўйича шок ва токсемия босқичида шокка қарши инфузион-трансфузион терапия ва операциядан олдинги тайёргарлик ўтказилган.

Асосий гуруҳнинг 330 нафар беморида куйиш шоки ривожланишининг патогенезини ўрганиш жараёнида биз клиник ва лаборатория кўрсаткичлари асосида бир қатор объектив мезонларни аниқлашга ҳаракат қилдик. Жабрланганлар аҳволининг оғирлигини алоҳида баҳолаш ва аниқланган бузилишларни тузатиш учун инфузион-трансфузион терапиянинг энг яхши вариантыни ишлаб чиқиш. Буларга куйидаги кўрсаткичлар киради: юрак уриш сони (ЮС), қон босими, МВБ, микроциркуляция, тана ҳарорати ( $t^{\circ}$ ), диурез, ПОЙ мавжудлиги, гемоглобин, гематокрит ва бошқалар.

Олинган маълумотлар статистик ишловдан ўтказилди, бунинг натижасида беморларнинг ушбу гуруҳида куйиш шокининг оғирлиги (енгил, оғир ва ўта оғир) аниқланди ва юқоридаги мезонларнинг ҳар бири учун стандарт қийматлар ва ишонч оралиқлари ўрнатилди. Куйиш шокининг этакчи клиник ва физиологик белгиларига гиповолемия, гемоконцентрация ва олигоанурия киради. Термал омиллар ва куйиш шоки таъсирида беморларнинг ушбу гуруҳида куйидаги омиллар ривожланди: қон томир мембраналарининг ўтказувчанлиги ошиши ("капилляр оқма" синдроми), микротомиларнинг спазми ва қоннинг коагулологик ва реологик

хусусиятларининг ёмонлашиши (ДВС), микроциркулятор каналда қон оқимининг пасайиши ва тўхташи (қонни заҳиралаш ва секвестрлаш синдроми). Ушбу ўзгаришлар учун масъул бўлган яллиғланиш ва ўтказувчанлик омиллари: гистамин, кининлар, серотонин, эркин радикаллар, простагландинлар, липазлар, эндопероксидазалар ва бошқалар сезиларли даражада ошганлиги, касалликнинг кечиши ва прогнозини ёмонлаштиради.

Ўрганилган клиник ва лаборатория кўрсаткичлар мониторинги шуни кўрсатдики, куйиш шокининг оғирлигини ва даволаш самарадорлигини баҳолашда энг кўп куйидаги кўрсаткичларда аниқланади: қон гематокрит (ҳар 8 соатда аниқланади), соатлик диурез, кислота-ишқор баланси, қон (6-8 соатдан кейин аниқланади), қон босими ва марказий веноз босим (соатда). Ушбу объектив диагностика мезонларини клиник амалиётда қўллаш бизга шокка қарши инфузион-трансфузион терапиянинг зарур схемасини янада тўғри танлаш имконини берди, бу нафақат мавжуд ПОЙни даволаш, балки беморларни ушбу оғир ҳолатдан чиқаришга имкон беради, шунингдек, ушбу гуруҳнинг интенсив терапия бўлимида қолиш муддатини қисқартиради. (2 -3 кун). Патогенетик терапиянинг ушбу занжиридаги муҳим бўғини бу оптимал таркибни танлаш ва уларни даволаш учун таъсирга қарши инфузион терапиянинг керакли миқдори ҳисобланади. Асосий гуруҳдаги беморларда куйиш шоки даврида инфузияларнинг ҳажми ва сифат таркибини ҳисоблаш учун такомиллаштирилган Паркланд формуласидан фойдаландик. Шу билан бирга, ушбу ҳажмнинг 2/3 қисми жароҳатдан кейинги дастлабки 8 соат ичида трансфүзён усулда қўлланган. Кристаллоидлар ташкил топган эритма ҳажмнинг 2/3-1/2 қисми, коллоид препаратлар эса таъсирнинг оғирлигига қараб, 1/3-1/2 нисбатда қўлланилган. Шокга қарши инфузион-трансфузион терапия шу билан бирга глюкоза-новокаин аралашмасини (0,25% новокаин эритмаси ва 1: 1 нисбатда 5% глюкоза эритмаси) 150-200 мл томир ичига юборишни ўз ичига олади. Куйиш шокининг 2-кунида вена ичига юбориладиган инфузиялар ҳажми 2 марта, 3-куни - дастлаб белгиланган ҳажмнинг 1/3 қисмигача камайтирилди. Ушбу усулни амалга ошириш учун ўртача ва оғир куйиш шокидаги беморларнинг барчаси марказий венанинг катетеризатсиясидан ўтказилди. Кейинги этапда терапевтик воситаларни қабул қилиш ҳажми ва тезлиги динамикада диурез, гематокрит, гемоглобин, пулс, марказий веноз ва артериал босим кўрсаткичлари асосида тузатилди. Протеинли коллоид эритмаларни киритиш инфузион терапия бошланганидан 12-16 соат ўтгач, томир ичи ва

кон томир секторлари мувозанатлашганда бошланган. Энг катта таъсир барча оксил фракцияларига эга бўлган ва коннинг осмотик ва онкотик хусусиятларига таъсир қилувчи маҳаллий плазма томонидан таъминланди. Албумин эритмалари кон томир деворининг ўтказувчанлигининг бузилиши пасайганда ва куйиш зонасидаги шишлар қайтганда қўлланилган. Протеинли препаратларни куйиш тезлиги 1-2 мл / кг / соат миқдориди ҳисобланган. Қоннинг реологик хусусиятларини яхшилаш учун оксилсиз ўрта ва паст молекуляр оғирликдаги коллоид эритмалар 400-800 мл ҳажмда 2 мл / кг / соат тезликда тавсия этилди. Чуқур куйиш шокида, даво муолажа кеч бошланган ҳолатларда кристаллоидлар ва коллоидларни ҳисобланган миқдорда киритиш билан қон босимини 90 мм Ҳг дан юқори ушлаб туриш имкони йўқ. Бундай ҳолларда биз қилинган суюқликлар ҳажминини оширишни ноўрин деб топдик, чунки бу интерстициал ва ҳужайра ичидаги суюқликнинг кўпайишига, юқори МВБ кўрсаткичларига ва миокард етишмовчилигига, инотроп дориларни (дофамин 5-10 мкг/кг/мин дозасида) қўллашга олиб келиши мумкин. Ушбу дозада допамин миокард қисқаришини яхшилайти ва юрак қон отиш кучини оширади. 1-3 мкг / кг / мин дозада эса буйрак перфузиясини яхшилайти.

Инфузия пайтида этарли беҳушлиқдан ташқари, витамин В1 - 1,0 нинг 6% ли эритмасини юбориш ҳам зарур деб ҳисобланган; В6 витаминининг 2,5% эритмаси - 1,0; витамин В12 эритмаси - 200 мкг. Энергия ташувчиси сифатида оғрикни йўқотиш ва ёғ эмболияси, пневмониянинг олдини олиш мақсадида 77 нафар беморга вена ичига спиртли ичимликлар, кунига 3 марта 20-30 мл 33% ли спирт буюрилди. Витамин терапияси ҳам кенг қўлланилган. С витамини - кунига 2-3 марта 20 мл 5% эритма; витамин В1, В6 - кунига 2 марта тиамин хлориднинг 2,5% эритмасидан 5 мл ва пиридоксин гидрохлориднинг 1% эритмаси; В12 витамини - кунига 1 марта 200 мкг; рибоксин - кунига 3-4 марта 10 мл 2% эритма; Ретроспектив таҳлилда кўриниб турибдики, кўпчилик беморларда АҚХ(айланаётган қон ҳажми) ни нормаллаштириш ва шокдан чиқариш учун стабизол, рефортан, реосорбилакт, суксиназол, волустин ва реополиглюксиннинг самарадорлигини ҳисобга олган ҳолда, қон маҳсулотларини куйишга эҳтиёж қолмайди. Ҳозирги вақтда қон маҳсулотларини куйиш фақат қон йўқотиш билан кенг тарқалган куйиш шикастланиши, оғир анемия, полиглюксин, ГЕК препаратлари, вазопрессорлар ва гормонлар томонидан бошқарилмайдиган гипотензия ва гемостазнинг бузилиши натижасида юзага келган ўта оғир шок ҳолларда қўллаш мақсадга

мувофиқдир. 81 беморда олигурия ҳолатида микросиркуляцияни яхшилаш мақсадида, инфузион терапия фониди эуфиллиннинг 2,4% эритмаси ва глюкозанинг 20%ли эритмасини томир ичига юбориш тўғри деб топилди.

Амалиётимизда кон томир ўтказувчанлигининг пасайиши ва плазма йўқотишга қарши курашда ГЕК препаратлари ва новокаин эритмасини вена ичига юборишга (0,125% эритма, 250-300 мл) алоҳида эътибор берилди. Новокаиннинг кучсиз эритмасини томир ичига юбориш нафақат томирларнинг ўтказувчанлигини пасайтиради, балки микросиркуляцияни ҳам яхшилайти.

Таъкидлаш жоизки, тана юзасининг 30-45% чуқур куйиши бўлган 32 беморда АҚХ нормаллашганига қарамай, доимий гипотензия ва қон плазмасининг кўп миқдорда йўқолиши (рефрактер шок) сақланиб қолган. Бундай ҳолларда биз томир ичига преднизолон ва допамин томчилатиб юбордик. Осмотик диуретиклар олигурия билан оғриган 39 беморда инфузион терапия ва АҚХни тўлдириш фониди қўлланилган: маннитол (1 кг тана вазнига 1 г куруқ модда) 15-30% эритмада томир ичига, сўнгра илмоқ диуретикларга ўтиш (Ласих). кунига 3-5 мг / кг). Маълум бўлишича, диуретиклар қанчалик эрта қўлланилса, уларнинг таъсири шунчалик яхши бўлади. Бизнинг тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, кучли куйиш билан оғриган беморларда метаболик атсидоз ривожланади. Мураккаб терапияни ўтказишда бу ўзгаришлар албатта ҳисобга олинди. Буфер эритмаларни киритиш гиповолемиyani тўлдириш ва периферик томирларнинг спазмини камайтириш фониди 0,125% ли новокаин эритмаси ва аминафиллиннинг 2,4% эритмасини куйишдан кейин амалга оширилади, бунга сабаб периферик қон оқимининг тикланиши ҳужайра метаболизмининг тўлиқ оксидланмаган маҳсулотларининг янги қисмларини тўқималардан қонга "ювилиши" га, атсидознинг кучайишига олиб келади. Барча ҳолатларда биз кислородли терапияни зарур деб ҳисобладик. Куйиш шокининг оғирлиги ва беморларнинг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда электролитлар баланси тикланди. Бундай ҳолларда, беморнинг оғирлик даражасига қараб натрийга бўлган кунлик эҳтиёж ва унинг камайтириши ҳисобга олиниши керак.

Гиперкалемия куйиш шокининг биринчи куниди аниқланганлигини инобатга олиб (бизнинг маълумотларимиз бўйича  $6,9 \pm 0,05$  ммол/л), гиперкалемияни кучайтирмаслик учун қон компонентларини жароҳат олгандан кейинги иккинчи суткада кўйдик. Оғир куйган 88 беморда метаболизмни яхшилаш учун 10-15 мг кокарбоксилаза томир ичига юборилди.

Тўқималарнинг прогрессив парчаланишининг олдини олиш учун 82 беморга протеаза ингибитори, контрикал (қунига 1 кг тана вазнига 200-300 ТБ) ёки Гордох қунига 100,000-200,000 ТБ, томир ичига юборилди. Юқоридагиларни умумлаштирган ҳолда шуни таъкидлаш жоизки, бизнинг тадқиқотларимиз энгил, оғир ва ўта оғир куйиш шоки учун инфузион терапиянинг куйидаги ишчи схемасини ишлаб чиқишга имкон берди.

Шундай қилиб, беморларда энгил куйиш шоки учун инфузион терапия жароҳатлангандан кейин 48 соат ичида амалга оширилиши керак. Иккинчи суткада юборилаётган эритмалар ҳажмини 1/3 га камайтириш мумкин. Агар биринчи кун кристаллоид эритмаларга устунлик берилса, биринчи кун охирида ва иккинчи кунда куйган ярадан плазма чиқиб кетиши туфайли кристаллоид, коллоид ва тузсиз эритмалар нисбати бир хил бўлиб қолади. (1:1:1).

Куйиш шокининг ўта оғир даражаларида, жароҳатлангандан сўнг камида 3 кун давомида инфузион терапия ўтказилиши керак. Қоида тариқасида, жароҳатдан кейинги иккинчи ва учинчи кунларда суюқлик миқдорини биринчи кунга нисбатан 1/3 га камайтириш мумкин. Демак, биринчи суткада кристаллоид, коллоид ва тузсиз эритмаларнинг нисбати 2:1:1 бўлса, иккинчи ва учинчи кунларда 1:1:1 бўлади.

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, биз томонидан тавсия этилган инфузион терапия схемаси, шу жумладан кристаллоид, коллоид ва тузсиз эритмаларни киритиш шокда юзага келадиган электролитлар мувозанатини етарли даражада тиклашни таъминлайди, бу клиник ва лаборатория тадқиқотлари билан тасдиқланган.

Даволаш пайтида асосий гуруҳдаги беморларда шокга қарши инфузион-трансфузион терапиянинг клиник ва лаборатория параметрлари динамикаси шуни кўрсатдики, эритроцитлар сони 1- кундан бошлаб шок ҳолатидан чиқишгача (2-3 кун) камаяди. ( $5, 0 \pm 100 \times 10^{12} / \text{л}$ ), бу инфузион-трансфузион терапиясидан сўнг ўртача гемодилютсия билан боғлиқ. Жароҳатдан кейинги иккинчи кунга келиб МВБ  $8,83 \pm 2,53$  см сув устунини ташкил этди. Яъни бу кўрсаткич нормаллашди. Даволанишнинг 3-кунда умумий оксил ( $59,5 \pm 1,5$  г/л) ва албумин ( $52,1 \pm 0,1\%$ ) миқдори ҳам ортди. Даволанишнинг иккинчи кунда умумий ( $4,5 \pm 0,8$  ммол/л) ва эркин ( $2,95 \pm 0,3$  ммол/л) холестерин кўрсаткичлари дастлабки кўрсаткичлардан 2 баравар юқори бўлиб, бу жигар фаолиятининг тикланишини таъминлади. Шундай қилиб, тадқиқот натижалари такомиллаштирилган Паркланд формуласи бўйича инфузион-трансфузион терапия самарали эканлигини тасдиқлади. Даволаш жараёнида бу МВБ нинг барқарорлашуви ( $9,16 \pm 1,98$ ,  $p < 0,05$ ),

қон босими ва лаборатория кўрсаткичларининг нормаллашиши билан намоён бўлди. Асосий гуруҳнинг 65 нафар бемори интенсиве терапиянинг бир қисми сифатида Зонд III энтерал аралашмасини қабул қилди. Сунъий озиклантиришнинг ушбу варианты учун восита сифатида энг самарали энтерал аралашма - РШТТЁИМ Самарқанд филиалида ишлаб чиқилган Зонд III энтерал аралашмаси хисобланади. Биз даврий овқатланишни 4-6 соат давомида 2-3 соатлик танаффуслар билан қунига 2 дан 2,5 литргача миқдорда 7-9 кун давомида қўлладик. Энтерал овқатлантиришдан асоратлар кузатилмади. Куйиш шоки билан оғриган беморларда орган-тизимли шикастланиш тезлигини ўрганиш шуни кўрсатдики, ПОЙ, назорат гуруҳидаги беморлар каби, барча куйган беморларда ҳам - 330 (100%), 161 (48,78%) нисбатда уч ва ундан ортик органлар ва тизимларнинг дисфункцияси кузатилди.

Куйган 32 нафар (9,69%) беморда нафас олиш тизимининг шикастланиши қайд этилган, 104 тасида (31,51%) марказий асаб тизимининг зарарланиши Глазго шкаласи бўйича 10-11 баллгача пасайган ҳолда энсефалопатия синдроми кўринишида аниқланган, 34 нафарида (10,3%) - ошқозон-ичак трактининг шикастланиши, бу ҳолат ошқозон ва ичакнинг токсик парезлари билан ифодаланган. 49 (14,84%) нафар беморларда юрак-қон томир тизимининг шикастланиш синдроми, 85 (25,75%) нафарда эса - буйрак синдроми ва 64 (19,39%) тада - жигар етишмовчилиги аниқланган.

Шуни таъкидлаш керакки, яқинда биз куйиш шокининг Курлинг стресс яраси каби жиддий асоратларини камайтиришга муваффақ бўлдик. Таъкидлаш жозики волемик ва реологик кўрсаткичларни нормаллаштириш ва энг муҳими, шикастланишнинг дастлабки соатларидан бошлаб гистамин ретсепторларининг  $H_2$ -блокаторларини тайинлаш билан биргаликда мураккаб органопротектив терапияни амалга ошириш керак. Асосий гуруҳдаги жабрланган беморларда фаол жарроҳлик тактикаси натижалари. Такомиллаштирилган усул бўйича шокга қарши инфузион-трансфузион терапия беморларнинг куйиш шокидан эрта чиқишига ёрдам берди (И гуруҳ -  $26,6 \pm 1,1$ ; ИИ гуруҳ -  $20,2 \pm 0,92$ ;  $p < 0,05$ ), натижада жарроҳлик аралашувни ўз вақтида амалга ошириш ПОЙ профилактикаси хисобланди.

Тадқиқот давомида 330 нафар беморда 88 та некротомия, 191 тада эрта жарроҳлик некротомия ва 75 та кечиктирилган некротомия амалга оширилди. Бир вақтнинг ўзиде ЭХН тана юзасининг 9 дан 15% гача бўлган майдонда ўтказилди, ўртача майдони  $12,5 \pm 0,5\%$  б.т. 1-босқичда барча чуқур нуксонларни ёпиш 192

(72,18%) нафар беморда амалга оширилди. 74 нафар беморда ЭХН 2- босқичда (27,82%) ўтказилди. Ушбу гуруҳдаги чуқур куйишлар майдони 9 дан 35% гача бўлган. 9 нафар беморда аутоотрансплантант лизиси қайд этилган. Клиник ва лаборатория кўрсаткичларини илгари операция қилинган беморлар билан таққослаш (2013 йилгача) фаол жарроҳлик тактикаси интоксикация ва умумий яллиғланиш реакциясининг тезроқ ва сезиларли даражада пасайишига, метаболизмни нормаллаштиришга ва гомеостази тиклашга олиб келишини исботлади. Беморларнинг ўртача ётиш муддати  $32,2 \pm 1,0$  кунни ташкил этди. Ўлим даражаси 19,39% (64 киши)ни ташкил этди. Барча вафот этган беморларда турли хил комбинатсияларда 3-5 аъзонинг шикастланиши мавжуд эди.

Такдим этилган натижалар куйиш касалликларини даволашнинг такомиллаштирилган усуллари ва оғир термик жароҳати бўлган беморларга эрта жарроҳлик аралашувининг шубҳасиз таъсиридан далолат беради. Кучли куйган беморларда ПОЙ синдроми ривожланишининг олдини олиш бўйича чоратадбирлар катта аҳамиятга эга. Булар мураккаб интенсив трансфузиён терапия, комбинатсияланган антибиотик терапия, органопротектив терапия, оғир преморбид фонни тузатиш ва куйган беморларда ПОЙ профилактикасида озиклантириш кўллаб-қувватлашдир.

**Хулоса.** 1. ПОЙнинг олдини олиш ва даволашда етакчилик жарроҳлик даволаш ҳисобланади. Булар: некротомия, курук қорақўтирнинг кўп микроперфорацияси, бир босқичли аутодермопластика билан некротомия. Айнан куйиш жароҳати сепсис ва ПОЙ синдромининг манбаи бўлиб хизмат қилади, бу жарроҳлик даволашнинг патогенетик жиҳатдан тасдиқланган вариантдир. 2. Оғир куйган беморларда аутодермопластика билан эрта некротомия қўлланилиши ПОЙ сонини 94,2 дан 60,9% гача, ўлимни эса 27,47 дан 19,39% гача қисқартириш имконини берди, беморларнинг касалхонада қолиш муддатини қисқартиришга олиб келди. шифохона  $42,5 \pm 1,3$  дан  $33,3 \pm 1,3$  к / кунгача.

#### Адабиётлар:

1. Дегтярев Д.Б., Королева Э.Г., Паламарчук Г.Ф., Шлык И.В. Организация работы эндоскопической службы при массо-вом 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. Ризаев Ж. А. и др. Развитие Зубоврачевания В Эпоху Древности // Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 2. – С. 398-404.

4. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш., Кубаев А. С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 21-1 (99). – С. 79-82.

5. Ризаев Ж. А., Хайдаров Н. К. Клиническое, эпидемиологическое и этиопатогенетическое исследование ишемического инсульта // журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1.

6. Ризаев Ж. А. и др. Психоземotionalное поведение подростков в различных стоматологических процедур // Science and Education. – 2023. – Т. 4. – №. 2. – С. 375-383.

7. Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Абдуллаев У.Х. Особенности течения ожоговой болезни у обожженных с термоингаляци-онным поражением. // 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 термоингаляци-онной 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.

#### АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

**Резюме.** Ожоговая травма остается серьезной медицинской и экономической проблемой. Пациенты с ожогами имеют высокую частоту осложнений и высокую смертность. В данной статье рассматриваются диагностика и лечение пациентов с полиорганной недостаточностью, указываются методы оптимизации диагностики и лечения таких пациентов. Кроме того, освещаются некоторые аспекты патогенеза и рассматриваются высокотехнологичные методы диагностики и лечения полиорганной недостаточности.

**Ключевые слова:** полиорганная недостаточность, интенсивная терапия, смертность, осложнения, профилактика.