

УДК: 616-001: 616.211-008.4:616.34

ОҒИР КУЙГАН БЕМОРЛАРДА ОШҚОЗОН – ИЧАК ТРАКТИ ДИСФУНКЦИЯСИНИНГ ЎЛИМ КЎРСАТГИЧИГА ТАЪСИРИНИ РЕТРОСПЕКТИВ ЎРГАНИШ

Хайитов Лазиз Милонерович – PhD ассистент, СамДТУ кўп тармоқли клиникаси хирургия бўлими врач ординатори

Хакимов Эркин Абдухалилович- D.M.Sc., доцент РШТЎИМ СФ Комбустиология бўлими бошлиғи

Зувайтов Шохрух Гайратович-“Бросмед” хусусий клиникаси хирурги

Маматов Фаррух Шавкатович- “Зармед пратикша” хусусий клиникаси хирурги

Аброров Шахбозжон Нематзода – “Гамма мед медикал” хусусий клиникаси хирурги

Ачилов Мирзакарим Темирович-СамДТУ ДКТФ хирургия,эндоскопия, анестезиология ва реанимация кафедраси доценти

Самарқанд давлат тиббиёт университети , Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

Мақсад. Оғир куйиш жароҳати бўлган беморларда ошқозон-ичак тракти дисфункциясининг ўлим кўрсаткичига таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотимизда 416 беморни таҳлил қилдик. Шундан 310 таси эркакалар 74,51% ни аёллар 106 тани 25,48% ни ташкил этади. Эркакалар ўртача ёши $41,6 \pm 13,6$ ёшни, аёлларда ўртача ёш $48,6 \pm 12,7$ бўлган эди.

Ушбу ретроспектив таҳлил, оғир куйиш жароҳати олган умумий куйиш майдони (УКМ) $20\% > 50\%$ гача бўлган беморларда, шундан чуқур куйиш майдони, (ЧКМ) $> 25\%$ гача бўлган куйган беморларда 2015 йилнинг январдан 2024 йил декабргача госпитализация қилиниб, 7 кундан 75 кун орлиғида ўлим кузатилган демографик маълумотлар кўрсаткичи, ундан ташқари куйдурувчи факторлар, жароҳат чуқурлиги, куйишнинг оғирлик даражасини белгиловчи (Франк индекси) хаёт учун муҳим органлар ва тизимларни холатини баҳоловчи шкала (SOFA) ҳамда куйиш шокини оғирлигини белгиловчи симптомлар жамланмаси ҳамда нафас йўллارининг ингалацион зарарланиш даражаларига эътибор қаратилган. Бундан ташқари ошқозон-ичак тракти дисфункциясида кузатиладиган, кўнгил айниши, қусиш, диарея, ич қотиши, ошқозон-ичак ярасидан қон кетиши, паралитик ичак тутилиши, энзимапатиялар кузатилиши, шунинг билан бирга беморнинг касалхонада ҳамда реанимация бўлимида ётиш кунларининг давомилиги келтирилган.

Хулоса. Оғир куйиш билан жароҳатланган беморларда прогноз ёмон оқибатларга олиб келиши, чунки деярли бешдан бири қисми 75-80 кун ичида вафот этади. Беморларимизнинг ярмида ошқозон-ичак тракти дисфункцияси билан боғлиқ бўлган касалликлар ривожланиб, улар орасида ошқозон-ичак яраси пайдо бўлиши ва қон кетиши 80 кунлик ўлим билан узвий равишда боғлиқ эди. Оғир куйиши ва ошқозон-ичак тракти дисфункцияси бўлган беморларга кўпроқ эътибор қаратиш лозим.

Калит сўзлар: куйиш, куйиш шок, куйишнинг оғирлик даражаси, ошқозон-ичак тракти дисфункцияси, куйишдан ўлим.

Материалы и методы. В нашем исследовании мы проанализировали 416 пациентов. Из них 310 мужчин составили 74,51%, а 106 женщин - 25,48%. Средний возраст мужчин составил $41,6 \pm 13,6$ лет, а женщин - $48,6 \pm 12,7$ лет. Данный ретроспективный анализ показал, что у пациентов с общей площадью ожогов (ОПО)

до 20% > 50%, получивших тяжелые ожоговые травмы, в том числе с площадью глубоких ожогов (ОГО) > 25%, госпитализированных в период с января 2015 года по декабрь 2024 года, с летальным исходом в сроки от 7 до 75 дней, уделено внимание показателю демографических данных, а также ожоговым факторам, глубине травмы, шкале оценки состояния жизненно важных органов и систем (ИФА), определяющей тяжесть ожога (индекс Франка), а также совокупности симптомов, определяющих тяжесть ожогового шока и степень ингаляционного поражения дыхательных путей. Кроме того, при дисфункции желудочно-кишечного тракта наблюдаются тошнота, рвота, диарея, запор, кровотечение из язвы желудочно-кишечного тракта, паралитическая кишечная непроходимость, энзимопатии, а также длительность пребывания больного в стационаре и отделении реанимации.

Заключение. У пациентов с тяжелыми ожогами прогноз может иметь неблагоприятные последствия, так как почти пятая часть умирает в течение 75-80 дней. У половины наших пациентов развивались заболевания, связанные с дисфункцией желудочно-кишечного тракта, среди которых возникновение язвы желудочно-кишечного тракта и кровотечения были неразрывно связаны с 80-дневной смертностью. Больше внимания следует уделять пациентам с тяжелыми ожогами и дисфункцией желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: ожог, ожоговый шок, степень тяжести ожога, дисфункция желудочно-кишечного тракта, смерть от ожога.

Material and methods. 416 patients participated in the study. Of these, 310 were men and 74.51% were women, 106 were women and 25.48% were men, respectively. Men had an average age of 41.6 ± 13.6 years, women - 48.6 ± 12.7 years. This retrospective analysis found that in patients with severe burn injury with a total burn (ukm) of 20% > 50%, of which deep burn area, (TBSA) > 25%) burn patients were hospitalised from January 2015 to December 2024, with a demographic data indicator of 7 days to 75 days orlida death, beyond which Burning factors, burn depth, attention is paid to the scale that determines the degree of severity of burns (Frank index), which assesses the state of organs and systems important for Hayat (SOFA), as well as the totality of symptoms that determine the severity of burn shock and the degree of Ingressive damage to the respiratory tract. It also includes the observation of gastrointestinal dysfunction, nausea, vomiting, diarrhea or constipation, bleeding from gastrointestinal ulcers, paralytic intestinal obstruction, enzymapatias and the duration of the patient's days in hospital and intensive care units.

Conclusion. In patients with severe burns, the prognosis is unfavorable, as almost one in five dies within 75-80 days. Half of our patients developed diseases related to impaired gastrointestinal tract function, among which the appearance of gastrointestinal ulcers and bleeding was inextricably linked to the 80-day death period. More attention should be paid to patients with severe burns and impaired gastrointestinal tract function.

Key words: Burns, Burns shock, degree of severity of burns, dysfunction of the gastrointestinal tract, death from burns.

Кириш: Куйиш жароҳатлари кенг тарқалган травматик жароҳатлардир, ҳар йили дунё бўйлаб тахминан 6,5 миллион инсон куйиш учун тиббий ёрдамга мурожат қилади [1, 2]. Оғир куйиш травмаси умумий ошқозон-ичак тракти дисфункцияси синдроми бир қатор патологик жараёнлар кузатилиб, шокга қарши даволаш даврида наркотик воситалар опиоидлар қўлланилиши ичак перестальтикаси ҳаракатсизлиги

оқибатида йўғон ичакнинг ўткир псевдообструкцию, абдоминал компартмент-синдром, ўткир ичак синдроми (ЎИС) ва ўткир ичак тутқичлари ишемияси кузатилади [3,4,5,6]. Ушбу шикоятларнинг пайдо бўлиши, ривожланишига ҳисса қўшиши мумкин бўлган тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми (SIRS) ва полиорган дисфункция синдроми (MODS) кузатилади. Ошқозон-ичак тракти дисфункциясининг патогенези ошқозон секрециясини ошишини ўз ичига олиб, ичак моторикасини пасайиши оқибатида, озиқ моддалар сурилишининг бузилиши, шиллиқ каватнинг ўтказувчанлиги ошиши натижасида ичакдан бактерияларнинг транслокацияси бўлиши, бунинг таъсирида қорин ички босими ошиши, баъзи ҳолларда, ошқозон-ичак тракти баръер функцияси жиддий бузилиши кузатилади [7,8,9,10]. Суюқликни эрта инфузия қилиш, доимий равишда сунъий буйрак терапияси, мезентериал томирларни кенгайтириш учун паст дозадаги допаминни танлаб юбориш ва энтрал озиқлантиришнинг барчаси оғир куйишларнинг клиник натижаларини яхшилашга ёрдам берди [11].

Оҳирги йиллар давомида, бу ютуқлар оғир куйган беморларнинг умумий яшовчанлиги яхшиланди; аммо, оғир ошқозон-ичак тракти дисфункционал патологияси изчил юқори бўлиб қолмоқда [20].

Комбустиологиянинг ихтисослаштирилган реанимация бўлимига (КИР) ётқизилган беморларнинг ретроспектив таҳлили ўтказилди; бу беморларда куйиш юзасининг умумий майдонининг (УКМ) 35% дан кўп бўлган тақдирда, ингалацион зарарланиш аниқланганда, сунъий нафас бериш тизимида муҳтож бўлади. Ушбу беморларда дастлаб ичак ҳаракатининг ошиши, кейинчалик ич қотиш эпизодлари кузатилиб, тез-тез озиқ-овқат миқдорига кўпроқ эҳтиёж бўлгани сезилиб, парентрал озиқлантиришга талаб ошади. Худди шундай, кузатувлар Strong ва бошқ томонидан чоп этилган [20]. Умумий куйиш майдони катта бўлган беморларда қорин бўшлиғи гипертензиясининг тарқалиши 55% беморларда кузатилиб, бундай белгилар ривожланган Европанинг комбустиологлари кузатувида ҳам иккита куйиш марказларига қабул қилинган оғир куйган беморларнинг 15%да аниқланган. Шундай ва бошқа асоратлар масалан; ётоқ яраларининг ривожланиши аҳамияти, оғир куйишларнинг реанимация бўлимида қолиш муддатига ва ўлим даражасининг ошишига таъсир қилади [11,12]. Ичак билан боғлиқ сепсис ва полиорган дисфункциялар ҳали ҳам пайдо бўлиши мумкин, ҳатто ошқозон-ичак трактининг эрта дисфункцияси нисбатан енгил ва қайталанувчи бўлсада, бу таъсирлар мўтадил ичак тўсиғининг бузилиши ёки иммун реактивлигининг ўзгариши туфайли зарарли бактерияларнинг ортиқча ривожланиши ва дисбактериоз билан боғлиқ бўлиши мумкин [18,19]. Биз оғир куйган беморлар орасида ошқозон-ичак тракти дисфункциясининг тарқалиши ва табиатини баҳолайдиган ретроспектив кўп марказли тадқиқот натижаларини тақдим этиш билан бирга ошқозон-ичак трактининг объектив дисфункцияси ва ўлим ўртасидаги боғлиқлик ҳақида изланиш олиб борамиз.

Мақсад. Оғир куйиш жароҳати бўлган беморларда ошқозон-ичак тракти дисфункциясининг ўлим кўрсаткичига таъсирини ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотимизда 416 беморни таҳлил қилдик. Шундан 310 таси эркакалар 74,51% ни аёллар 106 тани 25,48% ни ташкил этади. Эркакалар ўртача ёши $41,6 \pm 13,6$ ёшни, аёлларда ўртача ёш $48,6 \pm 12,7$ бўлган эди.

Ушбу ретроспектив таҳлил, оғир куйиш жароҳати олган умумий куйиш майдони (УКМ) 20% > 50% гача бўлган беморларда, шундан чуқур куйиш майдони, (ЧКМ) > 25%) гача бўлган куйган беморларда 2015 йилнинг январдан 2024 йил декабргача госпитализация қилиниб, 7 кундан 75 кун орлиғида ўлим кузатилган демографик

маълумотлар кўрсаткичи, ундан ташқари куйдурувчи факторлар, жароҳат чуқурлиги, куйишнинг оғирлик даражасини белгиловчи (Франк индекси) ҳаёт учун муҳим органлар ва тизимларни ҳолатини баҳоловчи шкала (SOFA) ҳамда куйиш шокини оғирлигини белгиловчи симптомлар жамланмаси ҳамда нафас йўлларида ингалацион зарарланиш даражаларига эътибор қаратилган. Бундан ташқари ошқозон-ичак тракти дисфункциясида кузатиладиган, кўнгил айнаши, қусиш, диарея, ич қотиши, ошқозон-ичак ярасидан қон кетиши, паралитик ичак тутилиши, энзимопатиялар кузатилиши, шунинг билан бирга беморнинг касалхонада ҳамда реанимация бўлимида ётиш кунларининг давомилиги келтирилган.

Ошқозон-ичак трактининг дисфункцияси ўлим билан боғлиқлиги: Қабул қилинганидан етмиш- саксон кун ўтиб, 71 бемор яъни (26,79%) куйиш жароҳати билан вафот этди, ўлимларнинг 116тасини (46,63%) 25 кун ичида ўлим ҳолати кузатилган ва 78 беморда (29,43%) 7 кун ичида ўлим содир бўлган. Ушбу 1- жадвалда келтирилган натижаларни кўрадиган бўлсак; 416та оғир куйган беморлардан 265 тасида (63,70%) ўлим қайт қилинган, 151 бемор (36,29%) соғайиб чиққан.

Тадқиқот даврида ҳар йили оғир куйишлар билан касалхонага ётқизишнинг 35-88 ҳолати қайд этилиб, 2017-2020 йилда энг юқори ўлим кўрсаткич 41,3% 34/88 беморда максимал ўлим даражаси қайт қилинди. Келтирилган 2-жадвалда 75-80 кундан кейин омон қолиш билан боғлиқ омиллар кўрсатилган. Нафас тизимининг ингалацион зарарланиши ўлим кўрсаткичига муҳим таъсири бор бўлиб ($r = 0,265$, $P < 0,001$) ёки оғир шок ҳолати билан қабул қилинганда ($r = 0,227$, $P < 0,001$), УКМ % қанча юқори бўлса ($r = 0,477$, $P < 0,001$), ЧКМ % чуқур куйган куйиш сатҳида ошиб бориши Франк индексининг ошиб бориши ($r = 0,493$, $P < 0,001$), куйиш оғирлик даражасининг (КОД) ошишига сабаб бўлиб ($r = 0,499$, $P < 0,001$), оқибатда полиорган етишмовчилик кучайиб бориши (ПОЕ) ($r = 0,662$, $P < 0,001$) бу эса ўз навбатида беморни интенсив даволаш учун реанимация бўлимида узоқ қолишга сабаб бўлиб, доимий оғриқсизлантириш, яра йиринглаши, бу барчаси бемор рухий ҳолатига салбий таъсири кузатилиб, ($r = 0,483$, $P < 0,001$) бунинг оқибатида сепсис ривожланиши, полиорган дисфункциянинг бошланиши, ошқозон ичак тизимида ҳам дисфункционал ҳолатларга олиб келади.

Оғир куйган беморларнинг таҳлили ва хусусиятлари.

1-
жадвал.

Беморлар сони	Ўлганлар(= 265)	Соғайганлар (=151)	Р-қиймати
Ёши (ўртача қиймат ± ўқ)	45,3 ± 14,2	42,1 ± 12,7	0.0046
Тана вазни(ўртача қиймат±ўқ)	68,4 ± 10,2	66,4 ± 12,2	0.928
Эркаклар	178\87(69,53%)	132\19 (87,41%)	
Аёллар	87\178 (48,87%)	19\132 (14,39%)	
Куйдирувчи омил			0.216
Олов	167 (63,01%)	84 (55,62%)	
Иссиқ суюқлик	76 (28,67%)	53 (35,09%)	
Электротравма	22 (8,3%)	14 (9,27%)	
Локализацияси			< 0,001
Юз бўйин	102 (34,49%)	78 (56,65%)	

Қўллар	78 (56,65%)	44 (29,13%)	
Оралиқ ва оёқлар	76 (50,33%)	29 (19,20%)	
Лейкоцитлар формула (x10 ⁹ /л)	19,7 (18,3- 26,0)	12,5(9,7-16,3)	0,066
С -реактив оқсил	40,1 (8,0- 116,5)	65,2(29,6-117,6)	< 0,001
Тромбоцитлар (x10 ⁹)	238 (142-354)	201(124-296)	0.022
Албумин г\л	30,5 (22,0- 38,4)	28,5(25,0-33,4)	0.370
Касалхонада ётиш кунлари	14 (7,29)	48(32,76)	< 0,001

Қўйидаги жадвалда келтирилган асосий стандарт ўзгарувчанлик; лейкоцитлар, S-реактив оқсил, тромбоцитлар, албумин миқдори ва беморнинг касалхонада ётиш давомилиги кўрсатилган. Ушбу патологик жараён, ошқозон ичак тракти дисфункциясидан бошланиб, полиорган етишмовчиликга олиб келиши билан беморлада сепсис холати ривожланиши, натижасида (тарқалган томир ичи коагулопатияси тромбогеморрагик синдроми) ДВС ривожланиши оқибатида, ошқозон ичак трактидан қон кетишига сабаб бўлиб, ўлим кўрсаткичларининг ошишига олиб келган.

Оғир куйган беморларда 75-80 кун оралиғида ўлим билан боғлиқ омиллар.

2- жадвал.

Кўрсаткичлар	Ўлганлар(= 265)	Соғайганлар(=151)	P-қиймати
Ингалацион зарарланиш			0.416
Бор	236(89,08%)	108 (71,52%)	< 0,001
Йўқ	20(7,54%)	43(28,47%)	
Келган вақтда шок холати			
Бор	206(77,73%)	84 (71,52%)	0.047
Йўқ	59(22,26%)	67(28,47%)	< 0,001
Умумий куйиш майдони (УМК) %			
25-30%	46 (17,96%)	23 (15,23%)	
30-49%	63 (23,77%)	38 (25,16%)	
50-70%	72 (27,16%)	46 (30,46%)	
70-80%	48 (18,11%)	33 (30,46%)	
90% ва ундан юқори	36 (13,58%)	11 (7,28%)	
Ўртача УМК% да	265 (23,75%)	151 (24,72%)	0.477
Ўртача чуқур куйиш(ЧКМ%)да	265 (18,79%)	151 (20,82%)	< 0,001
Франк индекси	265 (120-156) бирлик	151(103-127) бирлик	0.487 < 0,001
SOFA шкаласи	2(1,5)	2(1,3)	0.106-0.056
Полиорган етишмовчилик			
Бор	204 (76,98%)	42 (27,81%)	0.483
Йўқ	61 (23,01%)	109 (72,18%)	< 0,001
Сепсис			0.483

			< 0,001
Бор	96 (36,22%)	44(29,13%)	
Йўқ	169(63,77%)	107(70,86%)	
Ошқозон ичак траки дисфункцияси			0.416 < 0,001
Бор	216 (81,50%)	16 (10,59%)	
Йўқ	49 (18,49%)	131 (89,40%)	
Жароҳат инфекцияси			0.265 0.025
Бор	104 (39,24%)	56 (37,08%)	
Йўқ	161 (60,75%)	95 (62,91%)	
Руҳий ўзгаришлар			0.265 0.025
Бор	67 (24,52%)	31 (20,52%)	
Йўқ	198 (74,71%)	120 (79,47%)	
Доимий оғриқсизлантириш опиоидлар билан			0.185 < 0,001
Бор	56 (21,13%)	131 (86,75%)	
Йўқ	209 (78,86%)	20 (13,24%)	

2-жадвалда келтирилган кўрсаткичларга эътибор қаратилганда, умумий куйиш майдони (УКМ) қанча ошиб борса, куйиш шокининг оғирлик даражаси ҳавфи юқори бўлиб, полиорган етишмовчилигининг ривожланиш эҳтимоли юқорилашиб, реанимация бўлимида беморнинг узоқ вақт қолиши, узлуксиз оғриқсизлантириш оқибатида, ошқозон -ичак тракти дисфункцияси кучайиб бориши, натижада сепсиснинг ривожланиш ўлим кўрсаткичларини ошишига олиб келиши ифодаланган.

Оғир куйган беморларда ўлим сабаблари [n(%)]

3-жадвал

Касалликлар	Жами беморлар n=265	25 кунгача ўлим n=116	30дан 80 кунгача ўлим n=149
Респиратор	77 (29,05%)	46 (39,65%)	31 (20,80%)
Нафас йўллари обструкцияси	34 (44,15%)	18 (39,13%)	16 (51,61%)
Нафас етишмовчилиги	43 (55,84%)	28 (60,86%)	15 (48,38%)
Юрак қон томир тизими касаллиги	71 (26,79%)	44 (37,93%)	27 (18,12%)
Гиповалемик шок	52 (73,23%)	33 (75%)	19 (70,37%)
Септик шок	14 (19,71%)	8 (18,18%)	6 (22,22%)
Кардиоген шок	5 (7,04%)	3 (6,81%)	2 (7,40%)

Ошқозон ичак тракти дисфункцияси	28 (10,56%)	17 (14,65%)	11 (7,38%)
Ичаклар ишемияси	16 (57,14%)	9 (52,94%)	7 (63,63%)
Меъда ичакдан қон кетиш	14 (50%)	8 (47,05%)	6 (54,54%)
Метоболик ўзгаришлар	89 (33,58%)	34 (29,31%)	55 (36,91%)
Гипернатеримия	34 (38,20%)	24 (70,58%)	10 (18,18%)
Оғир ацидоз	28 (31,46%)	21 (61,76%)	7 (12,72%)
Гипопротеинемия	16 (17,97%)	3 (8,82%)	13 (23,63%)
Ноаниқ сабаблар	5 (5,61%)	1 (2,94%)	4 (7,27%)
Куйиш чарчоқлари (ожоговий истощения)	6 (6,74%)	0	6 (10,90%)

Ушбу 3-жадвалда беморнинг маълумотлар тўпламида ўлим сабаблари кўрсатилган, эрта ўлим асосан нафас олиш тизими, ҳамда юрак қон томир тизимининг оғир асоратларининг сабаблари туфайли, кеч кузатилган ўлим эса асосан сепсис ва септик шок асорати билан ифодаланди. Бутун маълумотлар тўпламининг бир нечта логистик регрессия таҳлили беморларда 75-80 кун ичида ўлимнинг 93,1% да тўғри келганлиги аниқланди. Умумий куйиш майдони (УКМ) % қанча катта бўлса, шунча салбий таъсир ўтказувчи омиллар нисбий қийматга тенг бўлиб (OR) = 1,039, 95% ишончли оралик (ИО) 1,024-1,056, $P < 0,001$], сепсис бўлганда (OR = 9,241, 95% ишончли ораликга тенг бўлиб 4,211–21,600, $P < 0,001$) ва ошқозон ичак трактида дисфункционал ўзгаришларда (OR = 14,070, 95% ишончли оралик 5,886–38,290, $P < 0,001$) га тенг бўлди.

Оғир куйган беморларда 75-80 кунлик ўлим билан боғлиқ омиллар (n = 416)

4 – жадвал.

Ўзгарувчи кўрсаткичлар	коэффициентлар нисбати	95% ишончли оралик	P- қиймат
Умумий куйиш майдони (УКМ) %	OR = 1,039,	1.024-1.056	< 0,001
Шокнинг оғирлик даражаси	OR = 2.173	1.000-4.806	0.051
Ошқозон-ичак тракти дисфункцияси	OR = 14,070,	5,886–38,290,	< 0,001
Узлуксиз оғриқсизлантириш	OR = 0.477	0.238-0.904	0.029,

Сепсис	OR = 9,241	4.211-21.600	< 0,001
--------	------------	--------------	---------

Ушбу таҳлилда ошқозон-ичак тракти дисфункциясининг мавжудлиги 75-80 кун ичида ўлимга жуда катта таъсир кўрсатди. Узлуксиз оғриқсизлантириш (OR = 0.477, 95% ишончли оралиқ 0.238-0.904, P = 0.029) учун пастки башорат ўлим билан боғлиқ эди.

Оғир куйган беморларда 75- 80 кун ичида ўлим билан боғлиқ омиллар (n = 416) 4 – жадвалда келтирилган. Ўлимнинг кўпайиши ошқозон ичак ҳаракатчанликнинг бузилиши билан эмас, балки ошқозон-ичак трактидан қон кетиши билан боғлиқ.

Ушбу тадқиқотда беморларнинг деярли ярмида ошқозон-ичак тракти дисфункцияси билан боғлиқ бўлган умумий куйиш майдонига ва куйиш шокининг ўлимга сезиларли таъсири аниқланди.

Натижалар: Ретроспектив таҳлил қилган беморлар сони 416 та шундан эркалар 310 (74,51%) аёллар 106 тани (25,48%) ни ташкил этиб, умумий куйиш майдони (УКМ) 41% дан -80%гача ўртача куйиш қиймати 62%ни ташкил этган бўлиб, 265 (63,70%) катта майдонда куйган беморларда 75 кун ичида ўлим қайд этилиши 26,79% (71/265) ни ташкил этди. 25 кун ичида бу ўлимларнинг 116 (46,63%) ва 78 (29,43%) 7 кун ичида содир бўлди. Ошқозон-ичак тракти патологияси беморларнинг 48,6% кузатилган ва 75 кун ичида ўлим нисбий фарқ (ФН) = 14,070, 95% ишонч оралиғи (ИО) 5,886-38,290, P < 0,001. Кўп факториал таҳлил шуни кўрсатдики, ошқозон-ичак трактининг дисфункцияси SOFA шкаласи ва умумий куйиш майдонинг чуқур куйиш % билан боғлиқ. Умумий ўлган беморларнинг 91,02% (71/78), ошқозон-ичак тракти патологияси хавфлилик даражаси (ХР) ошқозон-ичак трактидан ўлим = 5.951 бўлиб функционал касалликлар (диарея, қабзият, кўнгил айниши, қайт қилиш) ошқозон-ичак яраси қон кетиши устидан қолдиқ афзаллиги (P < 0.001) тенг бўлди.

Хулосалар. Оғир куйиш билан жароҳатланган беморларда прогноз ёмон оқибатларга олиб келиши, чунки деярли бешдан бири қисми 75-80 кун ичида вафот этади. Беморларимизнинг ярмида ошқозон-ичак тракти дисфункцияси билан боғлиқ бўлган касалликлар ривожланиб, улар орасида ошқозон-ичак яраси пайдо бўлиши ва қон кетиши 80 кунлик ўлим билан узвий равишда боғлиқ эди. Оғир куйиши ва ошқозон-ичак тракти дисфункцияси бўлган беморларга кўпроқ эътибор қаратиш лозим. Хулоса қилиб шуни таъкидлаш керакки, оғир куйиш билан жароҳатланган беморлар кўпинча ёмон прогнозга эга; реанимация бўлимларига ётқизилганларнинг учдан бир қисми ва куйиш билан боғлиқ ўлимнинг бешдан бир қисми даволанишнинг дастлабки босқичларида содир бўлади. Оғир куйган беморларнинг ярми ёки кейинчалик вафот этган беморларнинг аксарияти ошқозон-ичак дисфункциясига эга бўлиб, унда ўлим ошқозон-ичак трактидаги функционал кўринишлар эмас, балки ошқозон-ичак трактидаги яраларидан қон кетиш билан боғлиқ. Шундай қилиб касалхонага ётқизиш мезонлари ошқозон-ичак тракти дисфункциясининг мавжудлиги билан бирга интенсив терапия бўлимига ётқизилган оғир куйган беморларда ўлим хавфини башорат қилади.

Фойданилган адабиётлар

1. Алексеев А.А., Бобровников А.Э. Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта при ожоговой травме. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020;(12):38-45.
Alekseev AA, Bobrovnikov AE. Erosive and ulcerative lesions of gastrointestinal tract

- in patients with burns. Pirogov Russian Journal of Surgery. 2020;(12):38-45. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/hirurgia202012138>
2. Бергер М.М., Пичард С. Парентеральное питание в отделении интенсивной терапии: уроки, извлеченные за последние несколько лет. Питание. 2019; 59:188–94.
 3. Вагнер Д.О., Крылов К.М., Вербицкий В.Г., Шлык И.В. Профилактика желудочно-кишечных кровотечений у пациентов с обширными термическими ожогами. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018;3:42-48
 4. Ван К., Ли Кью, Рен Дж. Взаимодействие микробиоты и иммунитета в патогенезе кишечной инфекции. Front Immunol. 2019; 10:1873.
 5. Даминов Ф.А. Тагаев К.Р. Карабаев Х.К. Хакимов Э.А. Оптимизация диагностики и лечения нарушений функции желудочно-кишечного тракта утяжелобожженных (методическая рекомендация) Ташкент-2019
 6. Конг Эл, Бернс Б. Синдром наркотического опорожнения кишечника В: StatPearls. Остров сокровищ (Флорида) 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493207> Ng JWG, Кэрнс, Южная Каролина, О'Бойл, Калифорния. Лечение нижних отделов желудочно-кишечного тракта при ожогах: комплексный обзор. Ожоги.. 2016;42(4): 728-37.
 7. Меза-Эскобар Л.Е., Рехоу С., Ешке М.Г. Определения сепсиса при ожогах. Хирургическая инфекция (Larchmt). 2021;22(1):28–36.
 8. Натараджан М. Последние концепции диетотерапии у пациентов с ожогами в критическом состоянии. Int J Nutr Pharmacol. 2019;9(1):4-36.
 9. Сонг Х., Юань З., Пэн У, Ло Г. Экстракорпоральная мембранная оксигенация в сочетании с непрерывной заместительной почечной терапией для лечения тяжелых ожогов: текущее состояние и проблемы. Травма при ожогах. 2021; 9: tkab017.
 10. Странг С.Г., Бридервельд Р.С., Клеффкен Б.И., Верхофстад М.Х., Ван Ваес О.Ф., Ван Лисхаут Э.М. Распространенность внутрибрюшной гипертензии и маркеры связанных с ней осложнений среди пациентов с тяжелыми ожогами: многоцентровое перспективное когортное исследование. Eur J Trauma Emerg Surg . 2022;48 (2): 1137-49.
 11. Сусси С., Таккори М., Де Тимовски С, Депре Ф., Шоссард М., Фратани А. и др. Факторы риска острой брыжеечной ишемии у пациентов с ожогами в критическом состоянии - сопоставимое исследование "случай-контроль". Шок. 2019;51(2):153-60.
 12. Херрнрайтер К.Дж., Чоудри М.А. Микробиологические изменения в кишечнике и их вклад в постожоговую патологию. Шок. 2021;56(3):329-44.