

**YALLIG'LANISH FAOLLIGI KO'RSATKICHLARINING FONIDA  
DINAMIKASI SEPSIS BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA GLUTAMINNI  
KIRITISH BILAN OVQATLANISHNI QO'LLAB-QUVVATLASH.**

*Ibragimov N.K.*

*TTA Anesteziologiya va reanimatsiya kafedrası dotsenti t.f.d.*

*Murotov TM.N.*

*TTA Anesteziologiya va reanimatsiya kafedrası o'qituvchisi t.f.n.*

*Shahobiddinov M.S.*

*TTA Anesteziologiya va reanimatsiya kafedrası magistranti.*

[escobar071994@gmail.com](mailto:escobar071994@gmail.com)

**Anotatsiya.** Maqolada Toshkent Tibbiyot Akademiyasi ko'p tarmoqli kilinikasining intensiv terapiya bo'limiga sepsis bilan yotqizilgan jami 55 nafar bemordagi og'ir jarrohlik sepsisli bemorlarni davolash natijalari keltirilgan bo'lib, ularning ko'p komponentli intensiv terapiyasi glutaminning farmakokutrientining vena ichiga yuborish shaklidan foydalangan holda parenteral-enteral oziqlantirishni o'z ichiga oladi. Taqqoslash guruhi glutaminsiz ozuqaviy yordam oldi. Metabolizmning asosiy turlari (oqsillar, uglevodlar va yog'lar) ko'rsatkichlari dinamikasi, umumiy holatning og'irligi va organlar etishmovchiligining og'irligi, shuningdek, davolashning klinik natijalari solishtirildi.

**Kalit so'zlar:** AlAT - alanin aminotransferaza, ACT-aspartat aminotransferaza, LMS – limfotsitlarning mutlaq soni, HES - haqiqiy energiya sarfi, TMI - tana massasi indeksi, MEO - minimal enteral oziqlanish.

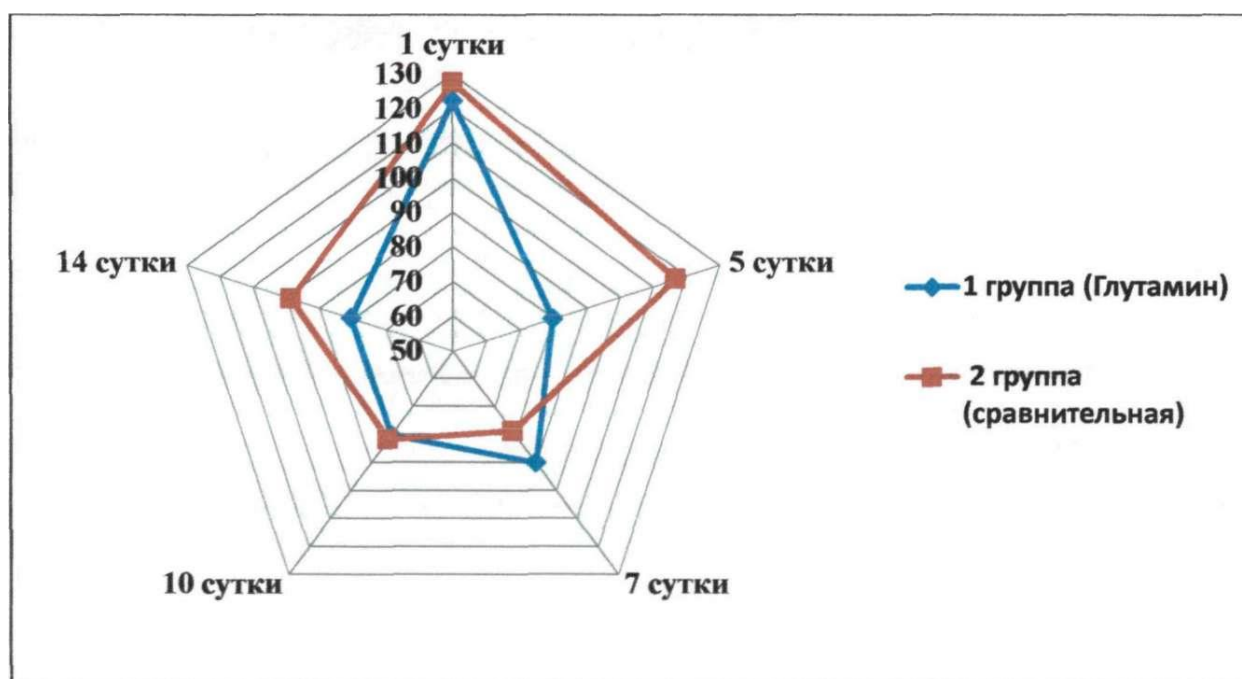
### **TADQIQOTNING MATERIALLAR VA USULLARI**

C-reaktiv oqsil va fibrinogen darajasini o'rganishda o'tkir fazali yallig'lanish oqsillarini jigarda sintez qilish uchun oqsil almashinuvining qayta tuzilishi aniq aniqlandi.

Ikkala guruhni tahlil qilganda, uning darajasi butun kuzatish bosqichida yuqoriligicha qolganligi ma'lum bo'ldi (1-rasm), optimal qiymatga (5 mg/l) erishilmadi. Dastlabki bosqichda maksimal raqamlar kuzatildi: 1-guruhda -  $122,2 \pm$

14,6 mg / l, 2 guruhda -  $127,5 \pm 25,8$  mg / l. Glutaminni qabul qiluvchi guruhda dastlabki 5 kun ichida C-reaktiv oqsil darajasining pasayishi tendentsiyasi kuzatildi ( $p = 0,07$ ), keyin uning darajasi 80 - 90 mg / l oralig'ida qoldi. Nazorat guruhida pasayish tezligi sekinroq edi. 7-kunga kelib, indikatorning  $78,7 \pm 21,16$  mg / l gacha kamayishi, keyingi o'sish tendentsiyasi bilan qayd etildi.

Koagulogrammaning bir qismi sifatida fibrinogen darajasini tekshirganda, boshlang'ich qiymatlar har ikkala guruhda ham o'rtacha 30% ga normaning yuqori chegarasidan oshib ketdi (1-jadval). Davolashning 10-kuniga qadar glutaminni qabul qilgan guruhda ushbu o'tkir fazali oqsilda statistik jihatdan sezilarli pasayish kuzatildi ( $p = 0,04$ ). Taqqoslash guruhida fibrinogen darajasining aniq dinamikasi olinmadi.



**Rasm. 1. 1 va 2-guruhdagi bemorlarda C-reaktiv oqsil darajasining dinamikasi.**

Har ikkala guruhda ham leykotsitoz, tarmoqli siljishi, leykotsitlar zaharlanish indeksi va ESR darajasining pasayishi tendentsiyasi aniqlandi (1-jadval). Qiyosiy guruhga qaraganda qisqa vaqt ichida glutaminni qabul qiluvchi

guruhda tarmoqli leykotsitlar darajasining sezilarli darajada pasayishi qayd etildi.

Qon zardobidagi temir darajasi va yallig'lanish reaksiyasining faolligi teskari proportsional edi.

Dastlab, qon zardobidagi ushbu muhim mikroelementning qiymati ikkala guruhda ham mutanosib ravishda past edi (2-rasm). 7-kunga kelib, ikkala guruhda ham temirning ko'payishi tendentsiyasi kuzatildi. Va faqat 14-kunga kelib glutaminni qabul qiluvchi guruhda indikator darajasining statistik jihatdan sezilarli o'sishi qayd etildi (1-jadval).

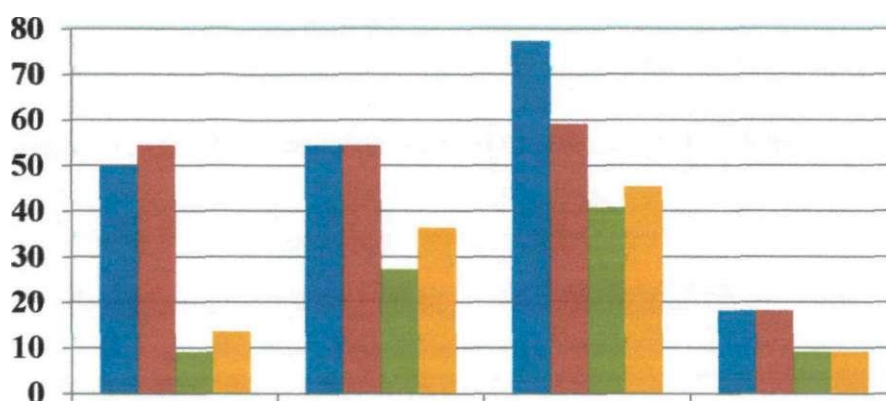
Jadval 1. 1 va 2-guruhdagi bemorlarda yallig'lanish ko'rsatkichlarining dinamikasi (M.  $\pm$ w).

Ko'rsatkichlar (norma)	1-guruh (Dipeptiven)					2 -guruh (qiyosiy)				
	iqot kunlari									
	1	5	7	10	14	1	5	7	10	14
C-reaktiv Oqsil (5 mg/l gacha)	122.25 $\pm$ 14,64	79,81 $\pm$ 16.95	89,95 $\pm$ 19,2	80.23 $\pm$ 19,9	80.64 $\pm$ 23,1	127.5 $\pm$ 25,8	116.9 $\pm$ 51,2	78,72 $\pm$ 21,2	81,75 $\pm$ 60,7	98.57 $\pm$ 50,3
Fibrinogen (2- 4 g/l)	5,34 $\pm$ 0,34	5,33 $\pm$ 0,28	5.03 $\pm$ 0,42	<b>4.08</b> $\pm$ <b>0,5*</b>	4.71 $\pm$ 0,56	5,2 $\pm$ 0,38	5,25 $\pm$ 0,42	5.09 $\pm$ 0,43	5,21 $\pm$ 0,49	4,49 $\pm$ 0,58
SOE (M. 2-10 mm/soat; F. 2-15 mm/soat)	47,55 $\pm$ 3.36	47.30 $\pm$ 2.87	46,42 $\pm$ 2.90	45,21 $\pm$ 2.76	44.5 $\pm$ 3.36	46,26 $\pm$ 3.6	46.35 $\pm$ 4.17	45.06 $\pm$ 4.34	44.81 $\pm$ 4.01	45.06 $\pm$ 2.56
Leykotsitlar (4- 9 x 10 <sup>9</sup> /l)	11.45 $\pm$ 1.18	10.44 $\pm$ 0,88	10.33 $\pm$ 1.04	9.66 $\pm$ 0,98	9.98 $\pm$ 0,59	11.25 $\pm$ 0,93	10.4 $\pm$ 0,55	10.45 $\pm$ 0,51	9.96 $\pm$ 0,99	9.27 $\pm$ 0,87
P/I leykotsitlar (1-6%)	15.71 $\pm$ 1.42	13.08 $\pm$ 0,92	13.09 $\pm$ 0,71	<b>11.97</b> $\pm$ <b>0,01''</b>	12.04 $\pm$ 1.03	15.38 $\pm$ 1.23	13.17 $\pm$ 1.37	12.03 $\pm$ 1.26	12.62 $\pm$ 1.19	<b>10.74</b> $\pm$ <b>1,22*</b>
LII (1,5 gacha)	4.56 $\pm$ 1.82	2.68 $\pm$ 0,67	2.0 $\pm$ 0,35	1.9 $\pm$ 0,32	1.86 $\pm$ 0.4	3.13 $\pm$ 0,45	2.75 $\pm$ 0,82	1.88 $\pm$ 0,27	2.27 $\pm$ 0,39	2.03 $\pm$ 0,51

Zardob	3.74	3.54	3.97	7.82	<b>8.15</b>	3.88	2.45	2.85	7.1	7.3
temir (11,6-30,4 mkmol/l)	± 0,46	± 1.08	± 1.13	± 2.42	± <b>0,65*</b>	± 0,91	± 0,35	± 0,95	± 0,84	± 0,92

\*  $p < 0,05$  dastlabki ma'lumotlarga nisbatan.

Klinik jihatdan yallig'lanish reaksiyasining faolligi isitmaning paydo bo'lish darajasi bilan baholandi, garchi uning yo'qligi tizimli yallig'lanish reaksiyasining rivojlanishini to'liq inkor etmasa ham. Shaklda. 2-rasmda yallig'lanishning dastlabki bosqichida va davolanishning 14-kuniga qadar ba'zi o'tkir bosqich mezonlarining tarqalishi ko'rsatilgan. Quyidagi parametrlar tanlandi: tana harorati  $> 38^{\circ}\text{C}$ , leykotsitoz  $> 10 \times 10^9/l$ , tarmoqli siljishi  $> 10\%$ , LII  $> 4-5$  birlik. Asosiy parametrlarda eng aniq tendentsiya asosiy guruhda kuzatildi. Intoksikatsiyaning leykotsitlar indeksining dinamikasi guruhlar o'rtasida farq qilmadi.



1 guruh, 1 kun 2-guruh,

1 kun

1 guruh, 14 kun

2 guruh, 14 kun

Isitma Leykotsitoz P/I siljishi ( $>10\%$ ) LII

( $>4-5$ )

2-rasm. 1 va 2-guruhdagi bemorlarda o'tkir fazali yallig'lanish mezonlarining paydo bo'lish dinamikasi.

Shunday qilib, biz glutaminni kombinatsiyalangan dietaning bir qismi sifatida qo'llash bilan oldingi vaqtda tarmoqli leykotsitlar va fibrinogen darajasining sezilarli pasayishiga erishdik. Isitma, C-reaktiv oqsil va leykotsitlar umumiy soni bilan kasallanish dinamikasida aniqlangan ijobiy tendentsiya nafaqat bemorlarni davolash samaradorligini, balki unga glutamin farmakokiniyentining hissasini ham ko'rsatdi.

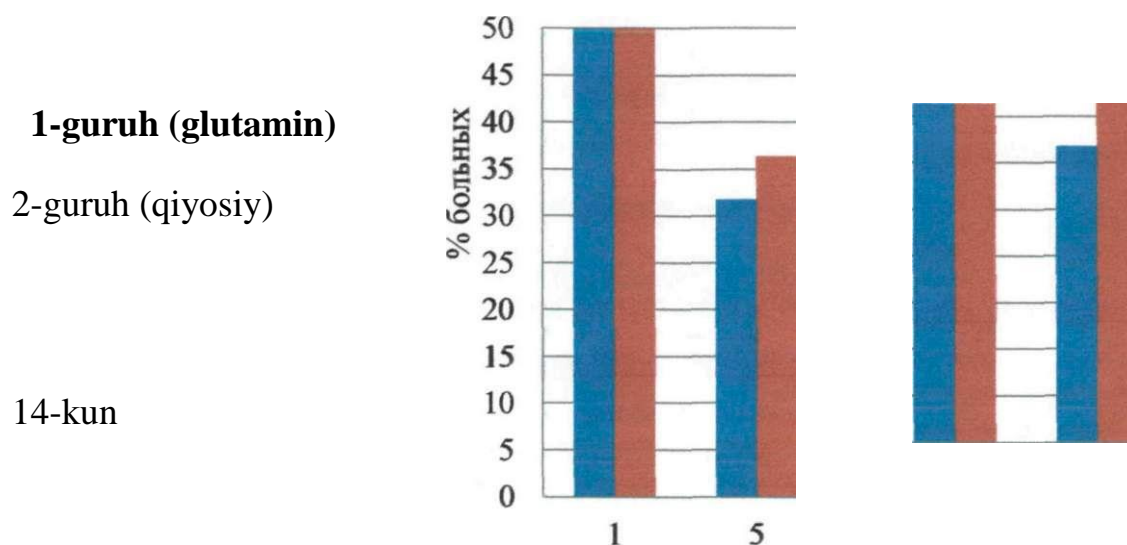
### **Organ etishmovchiligi dinamikasi va holatning umumiy og'irligi jarrohlik sepsis bilan.**

SAPS yordamida bemorlarning ahvolidan baholash natijalari va DIVA. ko'p organ disfunktsiyasining zo'ravonlik darajasi (2-jadval). Dastlab, guruhlar ushbu xususiyatlar bo'yicha taqqoslangan, olingan ballar yig'indisi ko'p organ etishmovchiligi mavjudligini ko'rsatdi. Asosiy guruhda davolanish vaqtida umumiy holatning og'irligi va ko'p a'zolar etishmovchiligining og'irligining pasayishi tendentsiyasi kuzatildi. Nazorat guruhida (statistik jihatdan ahamiyatsiz farqlar bilan) aniq dinamika olinmadi: davolashning 7 va 14-kunlarida ahamiyatsiz, ammo SAPS va SOFA shkalasidagi umumiy ballar sonining ko'payishi kuzatildi.

SAPS va SOFA shkalasi bo'yicha bemorlarning ahvoli dinamikasi .

Tadqiqot kuni	SAPS nuqtalari		SOFA nuqtalari	
	1-guruh (glutamin)	2-guruh (qiyosiy)	1-guruh (glutamin)	2-guruh (qiyosiy)
1	15 ±0,69	14,55 ±0,67	14,45 ± 0,5	13,55 ± 0,5
5	14 ±0,68	14,27 ±0,57	14,05 ±0,5	13,2 ± 0,56
7	14,2 ± 0,95	14,36 ±0,55	13,77 ±0, 6	13,5 ±0,65
10	13,7 ±0,77	13,64 ±0,53	13,73 ±0,6	13,14 ±0,7
14	13,4 ±0,54	14,12 ±0,62	13,35 ±0,6	13,25 ±0,6

SAPS > 15 ball va SOFA > 13 ball bo'yicha ahvoldan og'irligiga ega edi . Ushbu toifadagi bemorlar sonining kamayish tendentsiyasi glutamin olgan guruhda eng aniq aniqlangan (2-rasm). 14-kunga kelib, eng og'ir bemorlarning soni 1 va 2-guruhlarda mos ravishda 18% (n = 4) va 32% (n = 7) ga kamaydi.



### 1 va 2-guruhdagi bemorlarda organlar etishmovchiligi dinamikasi.

Nafas olish etishmovchiligining ahvolning umumiy og'irligiga qo'shgan hissasini tahlil qilib, mexanik ventilyatsiya paytida asosiy guruhdan 10 bemor (43,5%) va nazorat guruhidan 7 bemor (31,82%) tadqiqotga kiritilganligi ma'lum bo'ldi. Nazorat guruhida yana 2 bemor nafas etishmovchiligining kuchayishi sababli tadqiqot davomida nafas olishni qo'llab-quvvatlashga muhtoj edi. Glutamin qabul qiluvchi guruhda sun'iy shamollatishning o'rtacha davomiyligi o'rtacha 1 kunga qisqaroq bo'lib,  $26,88 \pm 9,17$  kunni tashkil etdi. Taqqoslash guruhida mexanik shamollatishning o'rtacha davomiyligi  $27,83 \pm 8,66$  kunni tashkil etdi.

Gemodinamik ko'rsatkichlarni saqlash uchun kardiotonik dorilarning yuqori dozalarini qo'llash ovqatlanishni qo'llab-quvvatlashga qarshi ko'rsatma ekanligini hisobga olib, bemorlar (%) asosiy guruhdan va 10 ta qiyosiy guruhdan (45,45%) 5-7 kun davomida dopaminning kichik dozalari (5 mkg/kg/min gacha - "buyrak" dozalari deb ataladigan) kerak bo'lgan.

3-jadvalda buyrak funksiyasini aks ettiruvchi laboratoriya parametrlari ko'rsatilgan. Ikkala guruhdagi o'rtacha kreatinin darajasi normal chegaralarda edi. Biroq, karbamidning o'rtacha qiymatlari ikkala guruhda ham 5, 7 va 14-kunlarda ozgina o'sishni aks ettirdi.

**Jadval 3. 1 va 2-guruhdagi bemorlarda buyraklar faoliyati ko'rsatkichlarining dinamikasi**

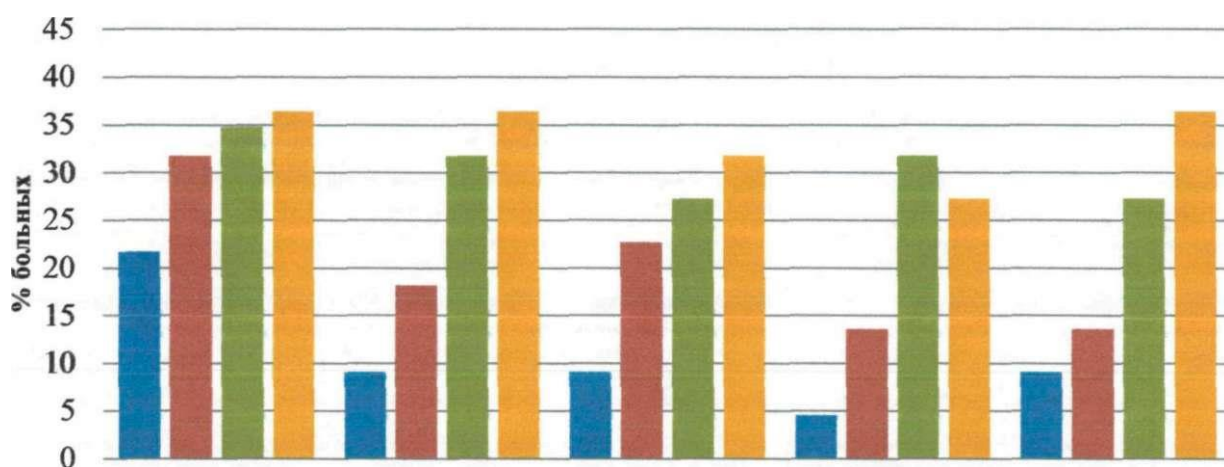
Ko'rsatkichlar (norma)	1-guruh (Dipeptiven)					2-guruh (qiyosiy)				
	qot kunlari									
	1	5	7	10	14	1	5	7	10	14
Kreatinin (44 – 97 mkmol/l)	91.33 ± 8.99	89.46 ± 3.6	88,39 ± 4.25	83.46 ± 4.18	90.27 ± 7.48	90,86 ± 7.43	93.42 ± 7.45	100.4 ± 11.86	84,87 ± 8.93	86,85 ± 4.34
Karbamid (2,5-8,3 mmol/l)	10.55 ±0,80	10.78 ± 0,94	10.86 ± 0,97	10.55 ± 1.04	11.52 ±2,1	9.13 ± 1,21	11.28 ± 1,82	13.49 ± 3,19	9.3 ± 1,07	11.08 ± 2,02

Kreatinin va karbamid miqdori me'yorning yuqori chegarasidan oshib ketgan bemorlar sonini tahlil qilib, buyraklar faoliyati bo'yicha guruhlar o'rtasidagi farqlarni aniqlash mumkin edi. Dastlab, 1-guruhdagi bemorlarning 21,7 foizida ( $n = 5$ ) va 2-guruhdagi bemorlarning 31,8 foizida ( $n = 7$ ) qon zardobida kreatinin darajasi ko'tarilgan (erkaklar uchun  $> 120$  mkmol/L va ayollar uchun  $> 105$  mkmol/L). Davolanishning 5-kuniga kelib, bunday bemorlarning soni ikkala guruhda ham deyarli ikki baravar kamaydi, keyingi tendentsiya aniq emas (3-rasm).

Qondagi karbamid darajasi nafaqat buyraklarning azot chiqarish funksiyasining holatini, balki oqsil oqsilining darajasini ham aks ettiradi.

Qondagi karbamid darajasi nafaqat buyraklarning azot chiqarish funksiyasining holatini, balki oqsil katabolizmining og'irligini, jigarning sintetik funksiyasini va boshqalarni ham aks ettiradi. Uremiyaning chastotasi  $> 10$  mmol / 1 rasmda ko'rsatilgan. 10. Dastlab, 34,8% - 36,4% bemorlarda (mos ravishda 2 va 1 guruhlardan) qonda karbamid miqdori ko'tarildi. Glutaminni qabul qiluvchi guruhda tadqiqotning 7-kunida bu ko'rsatkich biroz pasayib ketdi, taqqoslash guruhida aniq dinamika aniqlanmadi.





1 571014

kun

- 1 kreatinin, 1-guruh
- |kreatinin, 2-guruh
- ! karbamid, 1-guruh
- T karbamid, 2-guruh

Rasm 3. 1 va 2-guruhdagi bemorlarda giperazotemiya va giperkreatininemiyaning paydo bo'lish chastotasi.

Tadqiqot davomida 2-guruhdagi 2 bemorda (9,09%) (5-7-kunlarda) azotli chiqindilarning sezilarli darajada ko'payishi, haddan tashqari hidratsiya va diurezning pasayishi tufayli uzoq muddatli veno-venoz terapiya orqali ekstrakorporeal detoksifikatsiyaga ko'rsatmalar paydo bo'ldi:  $8,5 \pm 0,5$  kun). Asosiy guruhda tadqiqot davomida buyrakni almashtirish terapiyasi o'tkazilmagan.

**Glutaminni kiritish bilan estrodiol ovqatlanish fonida oshqozon-ichak trakti faoliyatining dinamikasi.**



II-III bosqich ichak etishmovchiligi sindromi kuzatildi. 1 va 2-guruhlarda murakkab intensiv terapiyaga enteral ovqatlanishni kiritish uchun o'rtacha vaqt mos ravishda  $3,75 \pm 0,68$  va  $4,53 \pm 0,85$  kunni tashkil etdi. Glutaminni tomir ichiga yuborish fonida asosiy guruhda oshqozon-ichak traktining motor-evakuatsiya va so'rilish funksiyalarining tezroq normallasishi qayd etildi, bu esa enteral oziqlanish hajmini kuniga 500-700 ml gacha kengaytirishga imkon berdi. qiyosiy guruhga qaraganda ertaroq. Ammo shuni ta'kidlash kerakki, davolanishning 14-kuniga qadar ovqatlanishning barcha hajmiga asosiy guruhdagi 4 bemorda (17,4%) va taqqoslash guruhidagi 2 bemorda (9,09%) enteral ovqatlanish orqali erishildi. 1-guruhda najas paydo bo'lishi ilgari qayd etilgan ( $3,57 \pm 0,75$  kun, 2-guruhdagi bemorlardan farqli o'laroq, najas o'rtacha  $5,0 \pm 1,02$  kunda paydo bo'lgan). Shu bilan birga, diareya chastotasi qiyosiy guruhda (36,4% hollarda) asosiy guruhga (27,3% hollarda) nisbatan yuqori bo'lgan.

Glutaminni o'z ichiga olgan kombinatsiyalangan ovqatlanishni ko'rsatadigan **klirik misol :**

Bemor P., 56 yosh, kasallik tarixi 2747, 2022 yil 19 oktyabrda Toshkentdagi tibbiyot muassasasidan IHVga o'tkazilgan. tashxisi bilan: Traxeostomiyadan keyingi granulyatsiya traxeya stenoz, traxeomalaziya, traxeobronxit. Anamnezda: 2022 yil 3 avgustda retroperitoneal xo'ppozni ochish va drenajlash, shuningdek, infeksiyalangan pankreatik nekrozga qarshi qorin bo'shlig'ini drenajlash va sanitariya qilish. 08/23/22 - retroperitoneal xo'ppozni drenajlash. Operatsiyadan keyingi davrda u taxminan 28 kun davomida mexanik ventilyatsiyada bo'lgan. U traxeostomiya orqali mustaqil nafas olish bo'yicha institutga o'tkazildi.

2022 yil 26 oktyabrda IHVda retroperitoneal xo'ppoz qayta ochildi va drenajlandi. Operatsiyadan keyingi davrda o'ng tomonlama pastki bo'lak pnevmoniyasining rivojlanishi tashxisi qo'yilgan va 2022 yil 30 oktyabrda o'tkir nafas etishmovchiligi rivojlanishi sababli bemor reanimatsiya bo'limiga o'tkazilgan. Intensiv terapiya 17 kun davom etdi.

ICUga yotqizilgandan so'ng klinik va laboratoriya tekshiruvlarida sepsis rivojlanishi tashxisi qo'yilgan (isitma - 38,3 ° C, taxikardiya daqiqada 115 gacha, nafas qisilishi daqiqada 30 gacha, leykopeniya -  $3,3 \times 10^9 / l$ , trombositopeniya - 52 x).  $10^9 / l$ , qon madaniyatining ijobiy natijalari: Klebsiella pneumoniae -  $10^5$  CFU, prokalsitonin testi  $> 2$  ng/ml va boshqalar).

Oziqlanish holatini baholashda (ko'tarilgan indeksga qaramay).

$2$  gacha) to'yib ovqatlanmaslik belgilari bor edi: gipo-disproteinemiya - umumiy oqsil 48 g/l, albumin 29,4 g/l, transferrin 81 mg%; limfotsitlarning mutlaq sonining 0,68 minggacha kamayishi; anemiya – gemoglobin-12 78 g / l, qizil qon hujayralari  $2,76 \times 10^9 / l$ : gipoxolesterinemiya 1,99 mmol / l gacha. Protein-sintetik jigar funksiyasining belgisi sifatida psevdoxolinesteraza faolligi ham sezilarli darajada kamaydi - 1517 birlik/l.

Bemorga ko'p komponentli intensiv terapiya o'tkazildi, bunda ovqatlanish terapiyasi muhim rol o'ynaydi. Oliklinomel No7 - 1000E tizimini parenteral yuborish orqali amalga oshirildi, 2000 ml umumiy kaloriya miqdori 2400 Kkal, azot miqdori 13,2 g gacha, glyukoza - 320 g va lipidlar - 80 g. Bundan tashqari, bemor glutamin manbai sifatida kuniga 200 ml Dipeptiven eritmasini parenteral yuborish buyuriladi. Oshqozon-ichak traktining jiddiy disfunktsiyasi tufayli (900 ml / kungacha gastrostaz, ichak motorikasini inhibe qilish, shishiradi va boshqalar) to'liq enteral ovqatlanish mumkin emas edi. "Minimal enteral ovqatlanish" deb ataladigan narsani amalga oshirish uchun endoskopik yordam bilan qo'shimcha nazo-jejunal trubka o'rnatildi va kuniga 250 ml gacha yarim elementar ozuqaviy aralashma "Peptisorb" kiritildi. Ichak epiteliyasining minimal ehtiyojlari. Oshqozon-ichak traktining motor funksiyasini rag'batlantirish uchun serotonin adipatini tomir ichiga yuborish ishlatilgan. Birinchidan, sinov dozasi gemodinamik ko'rsatkichlar nazorati ostida 2 soat davomida 200 ml fiziologik eritmada 10 mg 1% eritma vena ichiga infuzion sifatida kiritildi. Keyin yaxshi tolerantlikni hisobga olgan holda (taxikardiya, gipertenziya yo'qligi), biz kuniga 50 mg gacha bo'lgan parvarishlash dozasining

perfuzoridan foydalangan holda infuzionga o'tdik. Oshqozon-ichak trakti parezlari og'irligining pasayishi fonida, terapiyaning 8-kunidan boshlab, parenteral ovqatlanishni davom ettirgan holda, nazo-gastrik oziqlantirishni kuniga 500 ml dan "Nutrizon-standart" aralashmasi bilan boshlash mumkin edi.

10-kunga kelib bemorning ahvolidagi sezilarli yaxshilanish kuzatildi: yordamchi nafas olishni qo'llab-quvvatlashdan spontan nafas olishga o'tish, tana haroratini normallashtirish va balg'am miqdorini kamaytirish. Laboratoriya ko'rsatkichlari ham normallashtirishga moyil bo'ldi: umumiy oqsil - 55 g/l, albumin - 31,6 g/l, transferrin - 108 mg%, psevdokolinesteraza - 2026 birlik/l, AHS - 1,11 ming, gemoglobin 103 g/l, trombositlar -  $275 \times 10^9/l$ .

Bemorga oziq-ovqat tolasi bilan Nutrizon-Enerji aralashmasi bilan enteral ovqatlanishga o'tish bilan uzoq muddatli kombinatsiyalangan ovqatlanish (taxminan 22 kun) talab qilindi.

2022 yil 21 dekabrda traxeoplastika o'tkazildi. 2023-yil 18-yanvarda bemor tabiiy nafas yo'llari orqali mustaqil nafas olib uyga chiqarildi.

Taqdim etilgan klinik holat sepsis davrida rivojlanayotgan oqsil-energiya tanqisligini glutamin farmakonutrienti bilan birgalikda ovqatlanish orqali tuzatish imkoniyatini ko'rsatadi. Ingichka ichakka kirish minimal enteral ovqatlanish imkoniyatini beradi, bu (glutamin etishmovchiligini parallel ravishda to'ldirish bilan birga) ichak to'sig'i funksiyasini saqlab qolish va oshqozon-ichak trakti faoliyatini tezroq tiklashga yordam beradi.

Organ etishmovchiligi darajasini va vaziyatning umumiy og'irligini baholashda (SAPS va SOFA shkalasi bo'yicha) ichak etishmovchiligi sindromining hissi hisobga olinmaganiga qaramay, ikkinchisi yo'qligi isbotlangan haqiqatdir. ko'p organ etishmovchiligi shakllanishida kichik ahamiyatga ega.

Glutaminni tomir ichiga qo'shimcha yuborish fonida nafaqat motor-evakuatsiya, balki oshqozon-ichak traktining ovqat hazm qilish va so'rilish funksiyalari tezroq

tiklanishi qayd etildi va shu bilan ko'p a'zolar etishmovchiligini bartaraf etish uchun zarur shart-sharoitlar yaratildi.

### **Davolashning klinik natijalari.**

Tadqiqot natijalarini sarhisob qilsak, biz guruhlar o'rtasida o'lim darajasi, bemorning 28 kunlik omon qolishi va ICUda qolish muddati bo'yicha statistik jihatdan sezilarli farqlar yo'qligini aniqladik (4-jadval). Ikkala guruhdagi 45 bemordan 10 nafar bemor o'limning asosiy sababi bo'lgan progressiv ko'p a'zolar etishmovchiligini bartaraf eta olmadi. Tadqiqot guruhida o'rtacha kasalxona kuni biroz yuqoriroq bo'lsa-da, 28 kunlik omon qolish darajasi 5% ga farq qildi (4-jadval).

Jadval 4. Sepsisli bemorlarning qolish muddati

Mezon	1-guruh (n=23)	2-guruh (n=22)	R
Yotoqxonada kunlik yotish	31,12 ±5,46	29 ± 5,09	0,43
28 kunlik omon qolish darajasi, %	95,65% (n=22)	90,9% (n=20)	0,19
O'lim, %	21,7% (n=5)	22,7% (n=5)	0,73

ICUda, 28 kunlik omon qolish va o'lim.

Amaliy qiziqish - intensiv davolanish paytida yuzaga keladigan asoratlarning xususiyatlari.

Nazokomial pnevmoniya bilan kasallanish darajasi tadqiqot va nazorat guruhlarida mos ravishda 45,5% va 40,9% ni tashkil etdi. Shu bilan birga, asosiy guruhdagi bemorlarda pnevmoniya rivojlanishi tadqiqotga kiritilgunga qadar aniqlanganligini aniqlashtirish kerak. Nazorat guruhida pnevmoniya tashxisi qo'yilgan 7 bemorga 7-8 kunlarda tadqiqot davomida yana 2 bemor qo'shildi. Glutamin guruhida oshqozon-ichakdan qon ketish va bosim yaralari kamroq tarqalgan. Nazorat guruhida oyoqning chuqur tomir trombozining kamroq rivojlanishi qayd etilgan. Turli xil asoratlarni rivojlanishi bilan bog'liq takroriy operatsiyalarga ehtiyoj ikkinchi guruhda ko'proq paydo bo'ldi (5-jadval).

Jadval 5. Sepsis bilan og'rigan bemorlarning asoratlari.

Murakkablikning tabiati	Voqea chastotasi, % (n)	
	1-guruh (glutamin)	2-guruh (taqqoslash)
Nozokomial pnevmoniya	43,48% (10)	40,9% (9)
Oshqozon-ichakdan qon ketishi	8,7% (2)	13,6% (3)
Oyoqning chuqur tomir trombozi	13,04% (3)	9,09% (2)
To'shak yaralari	21,7% (5)	27,3% (6)
Takroriy operatsiyalar	43,48% (10)	63,6% (14)

Shunday qilib, metabolik terapiyaning bir qismi sifatida glutaminni qo'llash bilan sepsis bilan og'rigan bemorlarda tez-tez uchraydigan asoratlarning kamroq rivojlanishi tendentsiyasi mavjud edi.

#### FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

1. Бахман А. Искусственное питание. М. - 2017. – 191 с
2. Буткевич А.Ц., Чадаев А.П., Лапин А.Ю., Свиридов С.В. Открытые дренирующие операции в хирургическом лечении распространенного инфицированного панкреонекроза. / Монография. - Москва. - «Граница». - 2018.- 394 с.
3. Вретлинд А., Суджан А.В. / Клиническое питание. Стокгольм - Москва. - 2014. -309 с.
4. Гельфанд Б.Р., Мамонтова О.А., Белоцерковский В.З., Шпилова О.С., Попов Т.В. Эффективность дипептивена как компонента нутритивной терапии у

больных с абдоминальным сепсисом (краткий обзор литературы и результаты собственных исследований). // Consillium Medicum. - 2015. - № 2. - С. 3-7.

5. Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. с соавт. Хирургические инфекции: практическое руководство. - М.: Литерра. - 2016. - 736 с.

6. Гридчик И.Е. Клинико-экономические аспекты лечения абдоминального сепсиса. // Новости науки и техники. - Сер. Мед. Вып. Новости А и Р. - 2015. - №2.-С. 17-33.

7. Грицук С.Ф., Безруков В.М. Синдром аминокислотного дисбаланса и метаболическая дисфункция при критических состояниях в хирургии. // Вестник интенсивной терапии. - 2018. - № 2. - С. 10-13.

8. Гусев Е.Ю., Юрченко Л.Н. Системное воспаление как типовой патологический процесс. // Вестник мед. акад. науки. - 2016. - № 4. - С. 17-20.

9. Ефименко Н.А., Шестопапов А.Е., Пасько В.Г. с соавт. Искусственное лечебное питание в интенсивной медицине и реанимации. / Методические рекомендации. - М. - 2020. - 66 с.