

Комплексное лечение больных острым парапроктитом в амбулаторно-стационарном проктологическом отделении. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья 2007; 29: 126-128.

7. Abdullaev M.Sh., Mansurova A.B. Acute paraproctitis in patients with diabetes mellitus (review of literature). Koloproktologiya. 2012; 1: 46-51. (in Russ.).

8. Alekseeva N.T., Glukhov A.A., Ostroushko A.P. Histochemical characteristics of the epidermis during the healing of aseptic wounds against a background of magnet therapy. Sovremennye naukoemkie tekhnologii. 2012; 8: 7-8. (in Russ.).

9. Alekseevnina V.V., Lebed' A.A., Olifirova O.S., Bregadze A.A. Application of electroactivated solutions in surgical practice. Biulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra SO RAMN. 2011; 4: 18. (in Russ.).

10. Balaitis Iu.V., Poida A.I., Zhel'man V.A. [Features of development and generalization of infection in acute paraproctitis]. Pervyi Belorusskii mezhdunarodnyi kongress khirurgov. Sbornik nauchnykh trudov [Proc. 1st Int. Cong. Surg.]. Vitebsk. 1996; 165-167. (in Russ.).

11. Bolkvadze E.E., Egorkin M.A. Classification and treatment of complex forms of acute paraproctitis. Fifteen years of experience. Koloproktologiya. 2012; 2: 13-16. (in Russ.).

12. Bolkvadze E.E., Koplatadze A.M., Protsenko V.M., Egorkin M.A., Alekperov E.E. Necrectomy volume and treatment of postoperative wound during the anaerobic paraproctitis. Sibirskii meditsinskii zhurnal. 2009; 84: 1: 84-85. (in Russ.).

13. Bykov A.Iu., Tinis A.A., Bezrukov A.V., Khriakov A.S., Navrotskii A.N. Complex treatment of patients with acute paraproctitis in out-patient and stationary proctology department. Nauchno-meditsinskii vestnik Tsentral'nogo Chernozem'ia. 2007; 29: 126-128. (in Russ.).

УДК. 616-001.17-616.1-08

З.Я.Сайдуллаев, И.Б.Мустафакулов, У.А. Шербек,ов,

Т.К. Камолов, Л.Т. Рахматова, И.М.Рустамов.

**ЭНДОБРОНХИАЛЬНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ
ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ**

Кафедра общей хирургии, лучевой диагностики и терапии.

Самаркандский медицинский институт.

Самарканд, Узбекистан.

Z.Ya.Saydullaev, I.B.Mustafakulov, U.A. Sherbekov,

T.K. Kamolov, L.T. Rahmatova, I.M.Rustamov.

**ENDOBRONKHIAL OF COMPLEX THERAPY AT PATIENTS WITH THE
THERMOINHALATION TRAUMA**

Department of the general surgery, radiodiagnosis and therapy
Samarkand medical institute
Samarkand. Uzbekistan

Контактный – e-mail: umumxirurgiya@mail.ru

Аннотация. Проведен анализ результатов лечения 94 пострадавших с тяжелой ожоговой травмой, осложненной термоингаляционным поражением дыхательных путей, которые были разделены на основную и контрольную группы. В основной группе применялись программные санационные фибробронхоскопии с первых часов от госпитализации с частотой 2-3 раза в сутки в зависимости от тяжести термоингаляционного поражения в течение необходимого периода времени. В контрольной группе санационные бронхоскопии выполнялись бессистемно, в основном, по требованию лечащего врача. Остальное лечение было одинаковым в обеих группах. Активное применение санационных бронхоскопий позволило статистически значимо снизить частоту гнойного трахеобронхита с 38,1 % в контрольной группе до 14,0 % - в основной группе и уменьшить летальность с 93,5 % в контрольной группе до 68,4 % - в основной.

Annotation: The analysis of results of treatment of 94 victims with the severe burn injury complicated by thermoinhalation damage of airways which were divided into two groups, the main group and control group is carried out. In the main group the programmed sanatsionnyfibrobronkhoskopiya from the first hours from hospitalization with a frequency of 2-3 times per day depending on weight of thermoinhalation defeat during the necessary period of time were applied. In control group issanatsionnybronkhoskopiya were carried out irregularly, generally on request of the attending physician. Other treatment was identical in both groups. Active application the sanatsionnykh of bronkhoskopiya allowed to reduce statistically significantly the frequency of a purulent trakheobronkhitis from 38,1% in control group is 14,0% - in the main group and to reduce a lethality from 93,5% in control group is 68,4% - basically.

Ключевые слова: тяжелая ожоговая травма, термоингаляционное поражение, бронхоскопия.

Key words: severe burns, inhalations injury, fiberoptic bronchoscopy.

Введение

Ожоговая травма остается существенной проблемой медицинского и экономического характера. Пациенты с ожоговой болезнью имеют высокую частоту осложнений и высокую летальность. Более, того лечение ожоговых больных достаточно дорогостоящее, требует длительной госпитализации, реабилитации и последующей коррекции рубцов.

Традиционными предикторами неблагоприятного исхода у пациентов с тяжелой ожоговой травмой являются возраст, наличие термоингаляционной травмы, критическая площадь ожоговой раны [1]. К сожалению, вероятность

смерти у пациентов с тяжелой ожоговой травмой остается высокой. [1.2] К традиционным предикторам неблагоприятного исхода при тяжелой термической травме на современном этапе добавляются лабораторные показатели (тромбоцитопения, низкий гемокрит, гипоальбуминемия). На исход травмы оказывает влияние развитие инфекционных осложнений, несвоевременное и неэффективное оказание медицинской помощи. [1.2]

Площадь ожогов является основным предиктором исхода термического повреждения. С возрастанием площади ожогов вероятность выживания пациента пропорционально уменьшается [1.6,]. Площадь ожогов определяет тяжесть ожогового шока, выраженность синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и гиперметаболизма, риск развития сепсиса.

Несмотря на снижение смертности среди пациентов с изолированными дермальными ожогами, сочетание термоингаляционной травмы (ТИТ) и дермальных ожогов ассоциирована с высокой летальностью - 25 - 50%, в развивающихся странах смертность составляет от 45% до 78% [4]. Тяжелая термоингаляционная травма остается строгим предиктором фатального исхода даже при активной дыхательной поддержке и применении санационных бронхоскопий. Вдыхание горячих газов, дымов, сажи, токсичных аэрозолей при пожаре приводит к повышению проницаемости легочных капилляров, возникновению интерстициального отека легких. У пациентов с тяжелой ожоговой травмой и термоингаляционной травмой значительно чаще развиваются острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), пневмониты, особенно на фоне проведения противошоковой инфузионной терапии при тяжелой ожоговой травме.

Возраст - важный и критический фактор, определяющий исход ожоговой травмы. Пожилые пациенты старше 60 лет с тяжелой ожоговой травмой имеют более высокую частоту осложнений, более длительную госпитализацию и высокий уровень смертности. Пожилые пациенты с общей площадью обожженной поверхности более 40% погибают полностью. Смертность в группе пациентов с площадью ожога менее 20% составляет менее 5,5%, а при ожоге более 20 % смертность составляет 75% [3.4.6].

Тяжелая ожоговая травма приводит к активации как провоспалительных, так и противовоспалительных механизмов. С возрастом увеличивается продукция провоспалительных цитокинов, и при термической травме у пожилых пациентов провоспалительный ответ преобладает над противовоспалительным [1.6]. У пожилых пациентов гиперметаболизм возникает даже при площади ожога менее 20% поверхности тела. Гиперметаболический ответ у пожилых пациентов имеет более длительный и выраженный характер. К тому же метаболические нарушения усиливаются развивающейся гипергликемией и инсулинорезистентностью. Продолжительный гиперметаболический синдром у пожилых пациентов приводит к быстрому истощению и способствует развитию полиорганной недостаточности. Ожоговые раны у пожилых пациентов заживают медленнее из-за возрастных нарушений ангиогенеза и синтеза

коллагена в дерме. Отсутствие полноценного матрикса и питания для кератиноцитов замедляют эпителизацию раны. Пожилые пациенты с площадью ожоговых ран более 30% более восприимчивы к инфекциям - чаще возникает раневая инфекция, пневмонии. Дисфункция иммунной системы, длительное наличие ран повышает риск возникновения сепсиса.

Пожилые пациенты имеют более выраженный преморбидный фон и получение тяжелой ожоговой травмы значительно увеличивает риск органических дисфункций - ОРДС, острая почечная недостаточность, диастолическая сердечная недостаточность, которые обуславливают высокую вероятность неблагоприятного исхода [6].

Значительно возрастает риск смерти при тяжелой ожоговой травме при сочетании основных предикторов неблагоприятного исхода. Летальность в группах пожилых пациентов с тяжелой ожоговой травмой и ТИТ превосходит в 8-10 раз, чем группах пациентов молодого возраста, или без термоингаляционного повреждения. Таким образом, неблагоприятным для прогноза при ожоговой болезни является возраст более 60 лет, площадь ожоговой поверхности более 40 % поверхности тела и наличие термоингаляционной травмы. При наличии одного фактора смертность варьируется от 3% до 9,9%, при двух факторов - 33% - 48%, а при трех фатальный исход наблюдается в 90,5% случаев [5, 6].

Возраст - важный и критический фактор, определяющий исход ожоговой травмы. Пожилые пациенты старше 60 лет с тяжелой ожоговой травмой имеют более высокую частоту осложнений, более длительную госпитализацию и высокий уровень смертности. Пожилые пациенты с общей площадью обожженной поверхности более 40% погибают полностью. Смертность в группе пациентов с площадью ожога менее 20% составляет менее 5,5%, а при ожоге более 20 % смертность составляет 75% [6].

С этой позиции возникает интерес выявления прогностически значимых критериев, позволяющих корректировать лечение, отслеживать эффективность лечебных мероприятий и бороться за жизнь пациента до конца.

Проблема выявления предикторов основных причин смерти (шока, аноксии мозга, дыхательной, почечной недостаточностей, синдрома полиорганной недостаточности, сепсиса, тромбоэмболических осложнений) в различные стадии ожоговой болезни и создания интегральной системы динамических предикторов, которые позволили бы быстро отслеживать неблагоприятные изменения в состоянии ожогового больного и динамически их корректировать, остается актуальной.

Цель исследования - оценка эффективности эндобронхиального лечения в комплексной терапии при термоингаляционных травмах.

Материал и методы исследования

Были использованы данные о 94 пострадавших с термоингаляционной травмой (ТИТ). Причиной поражения дыхательных путей у больных явилась вдыхание дыма и продуктов горения. При этом следует отметить, что все 94

человек имели ожоги и поражения дыхательных путей. Все пострадавшие были разделены на две группы в зависимости от метода лечения.

41 пострадавших составили I-ю группу леченных 2001-2011гг., а 53 больных вошли во II-ю группу леченных за 2005-2014гг., они были сопоставимы по площади глубокого ожога, возраста и пола.

Результаты исследований и их обсуждение

Если 2001-2011 гг. накапливался и обобщался клинический материал, изучался гомеостаз, разрабатывались методы диагностики и лечения, проводилось внедрение их в практику, этим больным тогда эндобронхиальное лечение не проводилось, то в последующие годы (2005-2014гг.) мы имели возможности существенно усовершенствовать разработанные методы интенсивной терапии с эндобронхиальным лечением. Значительно был расширен арсенал лекарственных средства для общего и местного лечения пострадавших, в полный комплекс лечебных мероприятий шире стали применяться инфузии гипертонического (7-10%) раствора хлорида натрия в объеме 80-120 мл под контролем уровня натрия в крови (не допуская натриемии более 160 ммоль/л). Для профилактики стрессовых язв использовали H₂-блокатор гистаминовых рецепторов (пирензипин, квамател и др.). У 15 больных с ТИТ в первые 8-10 часов имелся угроза развития отека легких, требующей ИВЛ. Этим больным в комплекс интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии включали и глюкокортикостероиды.

С целью предотвращения отека слизистой дыхательных путей больным группы II группы проводили ингаляции: 2% раствор натрия гидрокарбоната, эуфиллин 2,4%-10 мл, адреналин 0,1%-1,0 мл, 0,5% раствор прополиса. При проведении инфузионной терапии им в первые 8-12 ч после травмы придерживаемся бесколлоидной схемы, так как коллоиды способствуют аккумуляции воды в легких (C.W.Goodwin et al., 1983).

На основании анализа результатов проведенных клинических исследований изучена диагностическая и лечебно-профилактическая эффективность фибробронхоскопии (ФБС) у 16 тяжелообожженных в сочетании с ТИТ. Всего проведена 53 ФБС, из них первые 3 суток 73% всех ФБС. Для эндобронхиального лечения целью промывания бронхов использовали: изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера-Локка, 0,25% раствор новокаина, 0,5% раствор диоксида, 0,5% раствор метрогила и 0,5% раствор прополиса.

В этой связи представилось целесообразным оценить эффективность лечения в 2-х группах больных с ТИТ. Сравнительные данные анализа показали следующее.

Течение ТИТ осложнялось развитием некротического трахео-бронхита у 11 (26,8%) больных 1 группы и у 6 (11,3%) больных 2 группы, пневмония имело место соответственно у 8 (15,1%) и у 5 (9,4%), острая дыхательная недостаточность – у 16 (30,2%) и у 11 (20,7%), летальный исход – у 10 (18,9%) и у 5 (9,4%) больных. Характерно, что большинство больных (8 из 10) 1 группы

погибали от острой дыхательной недостаточности в первые сутки после травмы, в то время как из 2 группы, в первые сутки травмы умерли всего лишь 1 (из 5) больных.

Выводы

Лечебная ФБС в комплексе общего лечения тяжелообожженных с респираторной поддержкой, адекватной инфузионно – трансфузионной, медикаментозной и антибактериальной терапией, способствует уменьшению осложнений и летальности более чем в 2 раза.

Литература:

1. Алексеев А.А., Лавров В.А., Кузнецов В.А. и др. Квaпросу о последипломной подготовки врачей по лечению больных с термической травмой. Сборник научных трудов I Съезда комбустиологов России «Мир без ожогов», Москва (17-21 октября), 2005.-с.5.
2. Старков Ю.Г., Солодина Е.Н., Ларионов И.Ю. Роль бронхоскопии в диагностике и лечении термоингаляционной травмы. Сборник научных трудов I Съезда комбустиологов России «Мир без ожогов», Москва (17-21 октября), 2005.-с.206-207.
3. С.Ф. Багненко, К.М. Крылов, И.Л. Ершова. К 60 летию ожогового центра НИИ скорой помощи им. И.И. Джаленидзе. (Скорая медицинская помощь. Мат. Межд. Конф. «Актуальные проблемы термической травмы» посв. 60 летию ожогового центра НИИ скорой помощи им. И.И. Джаленидзе. Санкт – Петербург (20-22 июня), 2006-№3-Т.7- с. 15-16.)
4. Турсунов Б.С., Карабаев Х.К., Рафиков М.Г. Эффективность аутодермопластики при глубоких ожогах у пожилых. В кн.: междун. конгресс «Комбустиология на рубеже веков». Москва, 2000.-с.151-152.
5. Шлык И.В., Крылов К.М., Пивоварова Л.П. Ожоговый сепсис-прогнозирование, диагностика и профилактика. Нижегородской медицинский журнал, 2004. –Комбустиология, приложение, с. 122-123.
6. Щеголев А.И., Мишнев О.Д. Клинико-паталогоанатомический анализ летальных исходов больных с ожоговой болезнью. Скорая медицинская помощь. Мат. межд. конф. «Актуальные проблемы термической травмы» посвящ. 60-летию ожогового центра НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Санкт-Петербург (20-22 июня), 2006.-№3.-т.7.-с.101-102.

УДК 616.681-089.053

М.С. Середина, Р.В. Алиев, С.Ю. Комарова
ОЦЕНКА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ
Кафедра детской хирургии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация