

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

На правах рукописи
УДК: 616-001.17-053.9-089

РУЗИБОЕВ Санжар Абдусаломович

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ
ОЖОГОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
С ОТЯГОЩЕННЫМ ПРЕМОРБИДНЫМ ФОНОМ**

14.00.27 – Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент – 2011

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней 6-7 курсов и урологии СамГосМИ и Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Карабаев Худойберди Карабаевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
Фаязов Абдулазиз Джалилович

доктор медицинских наук, профессор
Аталиев Альберт Ервандович

Ведущая организация: ФГУ «Институт хирургии им.
А.В.Вишневского»
Минздравсоцразвития России
(Москва)

Защита диссертации состоится «___»_____2011 г. в «___» часов на заседании специализированного совета Д. 087.09.01 при Ташкентской Медицинской Академии по адресу: Республика Узбекистан, Ташкент, 100109, ул. Фароби, 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской Медицинской Академии.

Автореферат разослан «___»_____2011 г.

**Ученый секретарь
специализированного совета
д.м.н., профессор**

Асраров А.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. Лечение ожогов остаётся одной из самых актуальных и сложных проблем современной клинической медицины (Воробьёв А.В. и др., 2008; Herndon D.N. et al., 2001; Alette de Jong et al., 2008), в связи со значительным распространением их среди населения можно назвать травматической эпидемией (Мадазимов М.М., 2006; Алексеев А.А. и др., 2008; Фисталь Э.Я. и др., 2009; Edgar D. et al., 2008; Lumenta D. et al., 2008).

По данным литературы, удельный вес ожогов среди всех видов травм составляет 10-12% (Занина И.А. и др., 2008). От 15 до 35% больных с ожоговой болезнью составляют лица старше 60 лет (Крылов К.М. и др., 2002; Карабаев Б.Х. и др., 2006; Кикория Г.Н., 2006; Yonov Y. et al., 1998).

Тяжесть травмы у обожженных пожилого и старческого возраста определяется не только площадью и глубиной ожоговой раны, но и сопутствующей патологией и возрастной инволюцией всех органов и систем (Малютина Н.Б., 2002). Ожоговая травма, как правило, провоцирует обострение имеющихся хронических заболеваний, что значительно утяжеляет состояние обожженного, приводит к различным осложнениям, ухудшает результаты лечения (Преснякова М.В. и др., 2005; Смирнов С.В. и др., 2006; Kim D.S. et al., 1998; Zeltzer A. et al., 2008).

При ожоговой травме в патологический процесс вовлекаются многие органы и системы организма. Эти нарушения, объединяемые понятием "ожоговая болезнь", определяют тяжесть течения ожогов (Алексеев А.А. и др., 2002). Общая летальность обожженных старше 60 лет остается высокой, а лечение длительным (Дворецкий Л.И., 2001; Азолов В.В. и др., 2002; Атясова М.Л. и др., 2005; Зборовский А.М. и др., 2009; Bloemsm G.C. et al., 2008; Rosenberg L. et al., 2008).

Известно, что ведущим звеном в патогенезе ожоговой болезни является площадь глубоких ожогов. Поэтому патогенетически обосновано стремление к раннему оперативному восстановлению кожных покровов (Дмитриев Г.Д. и др., 2004; Крылов К.М. и др., 2004; Гуруков Ш.Р., 2005; Фаёзов А.Д., 2007; Колесник А.И., 2009; Hermans M.E., 2008; Jelinkova Z. et al., 2008). Имеющиеся данные о методах раннего хирургического лечения обожженных гериатрического возраста разрознены и не дают представления об их эффективности по сравнению с консервативной подготовкой ожоговых ран к аутодермопластике (Атясова Л.М. и др., 2006; Адмакин Л.А. и др., 2008; Lumenta D. et al., 2008).

Особое значение для активной хирургической тактики приобретает оценка функционального состояния аппарата кровообращения и органов дыхания, так как именно сердечно-сосудистая система обеспечивает гуморальную связь и оптимальный уровень обменных процессов во всем организме (Martin W. et al., 2008; Megahed M.A. et al., 2008). По ее состоянию у обожженных определяют сроки и объем оперативных вмешательств, а

также судят об эффективности проводимого лечения (Слесаренко С.В. и др., 2009; Shakirov B., 2008; Barrow C. et al., 2008).

Степень изученности проблемы. Данные литературы показывают, что многие вопросы, касающиеся оценки функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем у обожженных, еще не решены. Отсутствуют комплексные исследования центральной гемодинамики, биоэлектрической и сократительной способности сердца. Недостаточно изучены изменения системы кровообращения и дыхания у обожженных пожилого и старческого возраста при ожоговой болезни в периоде септикотоксемии, особенно в процессе оперативного лечения. Противоречивы данные о показателях сердечного выброса – ударном и минутном объемах; частоте и степени нарушений дыхательной системы (Грядшая-Красько В.В. и др., 2009; Jaskille A. et al., 2008; Clayton N. et al., 2008; Venkataramana S. et al., 2008). Недостаточно разработаны методы подготовки сердечно-сосудистой и дыхательной системы к аутодермопластическим операциям, теоретически не обоснованы сроки их выполнения у больных с ожоговой травмой различной тяжести.

Выяснение механизмов нарушений функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной системы у обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном при различной тяжести травмы и их коррекция, а также раннее оперативное лечение, несомненно улучшили бы результаты лечения данного контингента больных.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертационная работа является фрагментом плановых научно-исследовательских работ СамГосМИ по ГНТП 14-1.14 «Разработка и совершенствование новых методов и технологий в медицине и охране здоровья населения» (Гос. регистрация № 01.01.0011069).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном путем выбора раннего оперативного вмешательства.

Задачи исследования.

1. Изучить результаты лечения обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном при использовании традиционного лечения и выявить причины неблагоприятных исходов.

2. Совершенствовать патогенетически обоснованную хирургическую тактику и выявить пути её оптимизации у данного контингента обожженных с учетом тяжести нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

3. Оценить эффективность раннего хирургического лечения обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном с учетом нарушений гемодинамики и дыхания.

4. Провести сравнительную оценку результатов раннего хирургического лечения с традиционным методом лечения.

Объект и предмет исследования. Работа посвящена научному обоснованию эффективности предложенной усовершенствованной методики

раннего хирургического лечения обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном с учетом нарушений гемодинамики и дыхания. Проанализированы результаты клинических наблюдений и лечения 115 обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном, находившихся на лечении в межобластном ожоговом центре на базе городской клинической больницы №1 за период с 1991 по 1999 годы и в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП МЗ РУз за период с 2000 по 2009 годы.

Методы исследования. Общеклинические, инструментальные, лабораторные, статистические.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Ожоговая травма у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном вызывает диффузные и очаговые поражения миокарда, выраженную гиподинамию сердечной мышцы, что, несмотря на устраненный дефицит волемии, ведет к снижению разовой производительности сердца в остром периоде ожоговой болезни и недостаточности кровообращения в стадии септикотоксемии.

2. Выполнение аутодермопластических операций у обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном следует начинать после стабилизации и нормализации показателей сердечного выброса.

3. Проведение целенаправленной и патогенетически обоснованной коррекции нарушений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем у обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном обеспечивает выполнение активной хирургической тактики.

4. Проведение ранних кожно-пластических операций у обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном позволяет предотвратить прогрессирующую интоксикацию из очага поражения и развитие инфекции в ранах, исключает возможность дальнейшего развития ожоговой болезни за счет укорочения периода токсемии и устранения периода септикотоксемии, что в свою очередь способствует улучшению основных показателей центральной гемодинамики.

Научная новизна.

Впервые при хирургическом лечении глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном, с различной тяжестью травмы проведено комплексное изучение характера нарушений систем кровообращения и дыхания.

Выявлены механизмы снижения разовой и минутной производительности сердца в остром периоде ожоговой болезни даже при устраненной гиповолемии, которые приводят к диффузным и очаговым поражениям миокарда, повышению сопротивления кровотоку в малом круге кровообращения, развитию гиподинамического режима кровообращения.

Установлена зависимость изменений центральной гемодинамики и

дыхательной системы от периода и тяжести течения ожоговой болезни, что диктует дифференцированный подход к корригирующей терапии.

Выявлены скрытые нарушения биоэлектрической и сократительной функции миокарда у реконвалесцентов при удовлетворительных показателях сердечного выброса.

Показано, что ранняя некрэктомия с последующей аутодермопластикой с широким применением сетчатых лоскутов является важным звеном в системе коррекции нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной систем у обожженных пожилого и старческого возраста в послеоперационном периоде, что проявляется снижением осложнений на 42,0%, а летальности на 8,7%.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Разработана схема и определены сроки комплексных инструментальных исследований функционального состояния систем кровообращения и дыхания при ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией.

Обоснованы принципы терапии, корригирующей функциональные нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем на этапах хирургического лечения данного контингента больных.

Определены сроки нормализации показателей разовой и минутной производительности сердца у больных с различной тяжестью ожоговой травмы, являющиеся оптимальными для начала аутодермопластических операций.

Разработанные принципы диагностики и коррекции нарушений гемодинамики и дыхания у обожженных предупреждают углубление функциональных нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной систем в процессе оперативного лечения и при развитии осложнений в послеоперационном периоде.

Ранняя хирургическая некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой, в отличие от консервативной подготовки ран к аутодермопластике, у пациентов пожилого и старческого возраста позволяет на 2-3 суток уменьшить сроки восстановления кожных покровов, на 14 суток сократить длительность стационарного лечения, с 76,9 до 34,9% уменьшить частоту осложнений ожоговой болезни и с 40,4 до 31,7% снизить летальность.

Реализация результатов. Результаты исследования внедрены в практическую работу Самаркандского филиала РНЦЭМП. Материалы работы используются при чтении лекций и проведении практических занятий кафедры хирургии 6-7 курсов лечебного факультета Самаркандского государственного медицинского института.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: Республиканской конференции Ассоциации судебных медиков РУз «Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины и медицинского права» (Самарканд, 2004); пленарном заседании I съезда комбустиологов России «Мир без ожогов» (Москва, 2005); XI

Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения – 2006» (Наманган, 2006); собрания «Общества хирургов» Самаркандской области (Самарканд, 2007); VII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы стандартизации диагностики и лечения в экстренной медицине» (Ташкент, 2007); заседании хирургического общества экстренной медицинской помощи Самаркандской области (Самарканд, 2008); VIII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы нозокомиальной инфекции в экстренной медицине» (Самарканд, 2008); на заседании кафедры хирургических болезней 6-7 курсов СамГосМИ (Самарканд, 2010); совместном заседании кафедр хирургических болезней 6-7 курсов и урологии, хирургии и анестезиологии-реаниматологии ФУВ, факультетской и госпитальной хирургии, хирургических болезней педиатрического факультета СамГосМИ (Самарканд, 2011); научном семинаре Апробационного совета при Специализированном совете Д. 087.09.01 при Ташкентской медицинской академии (Ташкент, 2011).

Опубликованность результатов. По материалам диссертации опубликованы 29 работ, из них 3 методических рекомендации, 9 журнальных статей, 7 журнальных сообщений, 8 тезисов в сборниках. Получено 2 патента РУз («Определение степени ожогового шока» N DGU20080130 и «Оценка функции сердечно-сосудистой системы у обожженных пожилого возраста» N DGU20080131 от 28.08.2008 г.).

Структура и объем работы. Диссертационная работа, изложенная на 144 страницах компьютерного набора, шрифт Times New Roman №14, состоит из введения, обзора литературы, материала и методов исследований, результатов собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 38 таблицами и 19 рисунками. Указатель литературы содержит 227 источников (154 – отечественных авторов и стран СНГ, 73 – иностранных).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Глава 1. Обзор литературы. Хирургическая тактика при глубоких ожогах в зависимости от состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем у лиц пожилого и старческого возраста. В главе приводится обзор отечественной и зарубежной литературы, посвященный влиянию ожоговой травмы на функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы, и хирургическому лечению обожженных пожилого и старческого возраста. Указаны дискуссионные и нерешенные вопросы, требующие дальнейшего изучения.

Глава 2. Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований сердечно-сосудистой и легочной систем у 115 обожженных

пожилого и старческого возраста, которые до травмы имели фоновые заболевания. Для сравнения обследованы 25 пациентов без ожогов, но с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, характерных для пожилого и старческого возраста.

В соответствии с поставленной целью и задачами исследования все обожженные пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном были разделены на две группы.

Первую (контрольную) группу составили 52 (45,2%) пациента, у которых использована традиционная методика лечения, согласно разработанному в клинике протоколу, рассчитанная на самопроизвольное отторжение ожогового струпа и поэтапную бескровную некрэктомию с аутодермопластикой на гранулирующие раны.

Вторую (основную) группу составили 63 (54,8%) пациента, которым после интенсивной органопротекторной поддержки на 7-10 сутки после ожоговой травмы выполнялась ранняя хирургическая некрэктомия с одновременной или отсроченной аутодермопластикой.

Следует отметить, что умершие обожженные в стадии ожогового шока в исследование не включались.

Среди обожженных было 67 (58,3%) женщин и 48 (41,7%) мужчин. 52 (45,2%) пациента были старческого возраста (71-90 лет).

Все обожженные поступили в сроки до 3 суток от момента термической травмы с клинической картиной ожоговой болезни: до 6 часов – 18,3%, до 12 часов – 56,5%, спустя более 12 часов – 25,2%.

Ожоги горячими жидкостями (пар, кипятки и т.д.) получили 57,4%, пламенем – 31,3%, кипящим маслом – 8,7%.

Площадь ожогов оценивали по общепринятому правилу «девятки», предложенному А.В.Wallace (1951). Глубину поражения определяли в соответствии с 4 степенной классификацией предложенной А.А.Вишневым с соавт. (1960).

Площадь поражения и глубина повреждения кожных покровов у обследованных больных представлены в таблице 1.

Таблица 1

Площадь и глубина термических поражений у больных

Общая площадь ожогов (в %)	Из них площадь глубоких ожогов, %				Всего
	5-10	11-15	16-20	21-30	
От 5 до 10	10	-	-	-	10
От 11 до 20	22	34	6	-	62
От 21 до 30	4	11	14	2	31
От 31 до 40	-	4	5	3	12
Итого	36	49	25	5	115

Как видно из таблицы, общая площадь ожогов составляла от 5 до 40% поверхности тела, а глубоких – от 5 до 30%. Почти у 1/3 (31,3%) больных

имелись ожоги верхних конечностей, множественная локализация ожогов наблюдалась у 23,5% пациентов.

Сопутствующие заболевания, которые устанавливались по анамнезу и записям в диспансерной карте больных, выявлены у 97,4% пострадавших. У подавляющего большинства обожженных имелись заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы, причем у 37 (32,2%) пациентов было сочетание нескольких сопутствующих заболеваний.

Тяжесть ожоговой болезни определялась главным образом, площадью и глубиной поражения. Для ее определения пользовались индексом Франка (Frank G., 1960). Распределение больных в зависимости индекса Франка представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение пострадавших в зависимости от тяжести ожоговой травмы

Индекс Франка, ед.	Число больных	
	К-во	%
До 30	24	20,9
31-70 (легкий шок)	50	43,5
71-130 (тяжелый шок)	34	29,6
Более 130 (крайне тяжелый шок)	7	6,1
Итого	115	100,0

Как видно из таблицы, тяжелый и крайне тяжелый ожоговый шок имел место у 35,7% обожженных.

Для прогнозирования исхода ожоговой болезни руководствовались правилом сотни (правило Бо).

Больные основной и контрольной группы были сопоставимы по полу и возрасту, этиологическим факторам, вызвавшим ожог, по срокам получения термической травмы, по локализации и площади поражения, тяжести основной и сопутствующей патологии.

Всем пациентам при поступлении в стационар и в дальнейшем, на этапах исследований проводились общепринятые клинические и лабораторные исследования. Инструментальные исследования (ЭКГ, Эхо-КГ, доплерография – аппаратом Sonoscape-5000, спирография – аппаратом Spirosift SP-5000, рентгенография грудной клетки) выполнены в периоде шока до 6 часов после травмы и от 6 до 24 часов, а при рефрактерном шоке – на 2 или 3 сутки; при острой ожоговой токсемии – на 3, 5-6 и 8-10 сутки; септикотоксемии – на 15-16 и 25-27 сутки, а также в периоде реконвалесценции.

Глава 3. Результаты традиционного лечения обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном. Исследование, проведенное у лиц контрольной группы, показало, что особое значение в выборе лечения данной категории пострадавших приобретает оценка функционального состояния аппарата кровообращения и органов

дыхания, так как именно сердечно-сосудистая и дыхательная системы обеспечивают гуморальную связь и оптимальный уровень обменных процессов во всем организме. Их состояние у обожженных может влиять на сроки и объем оперативных вмешательств, а также на эффективность проводимого лечения.

В периоде шока у всех обожженных пожилого и старческого возраста имелось тяжелое или крайне тяжелое состояние, нарастала тахикардия, одышка, отмечались бледность или цианоз слизистых, особенно при ожоге дыхательных путей.

С первых часов после травмы у всех больных прослушивались глухие или приглушенные тоны сердца. К концу периода шока у 11 обожженных определялся систолический шум, у 7 – акцент II тона на легочной артерии; у 13 больных обнаружено расширение границ сердца. Эти признаки могли указывать на тяжелые поражения миокарда, расстройство центральной гемодинамики.

У выведенных из шока больных на 3 сутки, то есть в начале токсемии, состояние оставалось тяжелым или крайне тяжелым, у 1/2 обожженных отмечалась одышка в покое, бледность слизистых. У всех пострадавших сохранялась тахикардия, нарастала глухость тонов сердца, а у 16 человек появился систолический шум на верхушке.

В последующие сроки периода токсемии у обожженных сохранялось тяжелое состояние, отмечались одышка, тахикардия, прослушивались глухие тоны сердца; у половины обожженных определялся систолический шум на верхушке.

В периоде острой токсемии умерли 5 больных, которых удалось вывести из тяжелого (4 больных) и крайне тяжелого (1 больной) ожогового шока. У них были глубокие ожоги свыше 20% поверхности тела, которые у 2 больных сочетались с термоингаляционной травмой (ТИТ).

Исследования центральной гемодинамики, проведенные в острые периоды тяжелой термической травмы показали, что уже в первые часы у обожженных пожилого и старческого возраста повышалось артериальное давление, указывающее на увеличение общего сосудистого сопротивления. В то же время наблюдалось значительное снижение ударного индекса (УИ) ($25,52 \pm 0,73$ мл/м²; $P < 0,05$).

В сроки 6-24 часа отмечалось дальнейшее снижение УИ ($20,33 \pm 1,10$ мл/м²; $P < 0,001$), высокое общее периферическое сопротивление (ОПС) ($2053,2 \pm 227,8$ дин.с.см⁻⁵) и среднединамическое АД. В то же время за счет нарастающей тахикардии ($117,6 \pm 7,0$ уд/мин; $P < 0,001$) минутный объем сердца (МОС) поддерживался на нижней границе нормальных значений.

На вторые сутки ожогового шока ОПС оставалось повышенным ($2089,8 \pm 195,6$ дин.с.см⁻⁵; $P < 0,05$), а УИ еще больше уменьшался ($18,56 \pm 0,65$ мл/м²; $P < 0,001$). МОС был казался бы в удовлетворительных пределах ($3,9 \pm 0,3$ л; $P > 0,05$) благодаря нарастающей тахикардии ($120,0 \pm 4,1$ уд/мин; $P < 0,001$), но сердечный индекс (СИ) свидетельствовал о переходе в

гиподинамический режим кровообращения, что, безусловно, влияло на проводимую корригирующую терапию. Таким образом, основным компенсаторным механизмом, обеспечивающим минутный объем сердца при тяжелом и крайне тяжелом ожоговом шоке является тахикардия, которая к указанному сроку наблюдения уже не в состоянии удержать СИ в пределах нормодинамии.

На третьи сутки у выведенных из шока обожженных нормализовались ОПС и показатели артериального давления. Однако, УИ оставался еще низким ($19,78 \pm 1,05$ мл/м²; $P < 0,001$) и СИ по-прежнему в режиме гиподинамии, благодаря тахикардии ($113,2 \pm 3,9$ уд/мин; $P < 0,001$), хотя и намечалась тенденция к росту.

С 5-6 суток у обожженных уменьшались отеки и усиливались признаки интоксикации. В это время резко снижался сосудистый тонус, что выражалось уменьшением ОПС, диастолического и среднединамического АД. Ударный индекс в этот срок еще был снижен ($22,43 \pm 1,16$ мл/м²; $P < 0,001$), но за счет тахикардии ($113,2 \pm 4,1$ уд/мин; $P < 0,001$), СИ медленно нарастал, что свидетельствовало о переходе системы кровообращения в нормодинамический режим ($2,54 \pm 0,15$ л, мин/м²; $P > 0,05$). Тенденция к улучшению гемодинамики отмечалась на 8-10 сутки, то есть к концу периода острой токсемии.

Как следует из полученных результатов, для ожоговой токсемии характерно значительное снижение разовой производительности сердца и низкий сосудистый тонус. Минутный дебит сердца на протяжении всего периода наблюдения обеспечивается благодаря тахикардии.

Исследования показали, что на протяжении острого периода ожоговой болезни, уже с первых часов тяжелая ожоговая травма вызывает значительные изменения сократительной способности сердца, выражающиеся в развитии синдрома гиподинамии миокарда, касающейся правых и левых отделов сердца. В развитии гиподинамии, наряду с экстракардиальными факторами, играли роль и выраженные изменения в самой сердечной мышце, нарушения ее биоэлектрической активности. Прежде всего, это характеризуется изменением сердечного ритма у обожженных пожилого и старческого возраста.

В ранние сроки септикотоксемии (15-16, 25-27 сутки) у большинства обожженных общее состояние оставалось тяжелым или крайне тяжелым. Отмечалась тахикардия, была снижена звучность тонов сердца, у 1/3 обожженных к 25-27 суткам еще прослушивался систолический шум на верхушке, отмечалось расширение границ сердца влево. У 3 человек имелись клинические признаки недостаточности кровообращения, характеризующиеся одышкой, глухостью тонов сердца и расширением его границ, наличием отека стоп.

Несмотря на улучшение общего состояния, частичное заживление поверхностных ожогов и уменьшение ран после глубоких ожогов, клинические признаки нарушения функции сердечно-сосудистой системы не-

значительно улучшились у 7 больных. Это указывало на выраженные изменения системы кровообращения, в связи с чем не представлялось возможным проводить кожно-пластические операции.

Со стороны показателей центральной гемодинамики в это время отмечалось уменьшение ударного выброса, снижение ОПС и диастолического АД. Это указывает на то, что основной причиной нарушений гемодинамики является снижение сократительной функции миокарда, зависящее от интракардиальных факторов. Патогенетической же основой этих изменений является ожоговая рана, которая служит источником интоксикации, гипо- и диспротеинемии, иммунных нарушений и септических осложнений.

Проведенные исследования функции дыхательной системы показали, что наиболее выраженные нарушения функции внешнего дыхания наблюдались в период ожогового шока и септикотоксемии, которые в первом случае были обусловлены не только бронхолегочными изменениями, но и гемодинамическими расстройствами, а во втором – часто развивающимися септическими осложнениями (пневмония, сепсис, бронхиты).

Из 52 обожженных с глубокими поражениями контрольной группы АДП выполнена у 37. 15 пациентов в группе погибли на этапе подготовки ожоговых ран к аутодермопластике (5 – в период острой токсемии, 10 – в период септикотоксемии).

Аутодермопластика при консервативной подготовке ожоговых ран была выполнена в среднем на 28-29 сутки после термической травмы. Одномоментное закрытие ожоговых ран осуществлялось на площади от 5 до 10% п.т., в среднем $7 \pm 1,0\%$ п.т. У 15 больных с глубокими ожогами от 5 до 10% п.т. за один этап раны были закрыты у 9, а в 2 этапа – у 6. В группе у 19 больных с глубокими поражениями 11-15% п.т. аутопластическое закрытие ран осуществлено в 2 этапа у 9, в 3 этапа – у 10. При глубоких ожогах 16-20% п.т. аутопластика проведена у 3 больных. Одному в 3 этапа, 2-м – в 4 этапа. Всего пациентам контрольной группы произведено 80 аутодермопластических операций.

Лизис аутотрансплантатов в контрольной группе больных отмечался в 36,3% случаев: среди пациентов с площадью глубокого ожога от 5 до 10% п.т. произошел у 5 (23,8%); от 11 до 15% п.т. – у 18 (37,5%); от 16 до 20% – у 6 (54,5%) (табл. 3).

Таблица 3

Случаи лизиса трансплантатов у больных контрольной группы

Площадь глубокого ожога, %	Число АДП	Лизис трансплантатов, %			Всего	
		более 50-60	10-50	менее 10	К-во	%
5-10	21	-	3	2	5	23,8
11-15	48	-	6	12	18	37,5
16-20	11	1	2	3	6	54,5
Итого	80	1	11	17	29	36,3

Самым частым осложнением ожоговой болезни у пациентов контрольной группы была пневмония (44,2%), частота которой прямо коррелировала с показателями летальности.

Причиной смерти у 8 обожженных была прогрессирующая дыхательная недостаточность на фоне пневмонии, у 5 – сепсис-синдром и пневмония, у 4 – острая коронарная недостаточность на фоне ИБС, у 4 – полиорганная недостаточность.

Из 52 обожженных контрольной группы 15 умерли до операции, а 6 – в послеоперационном периоде. Общая летальность в контрольной группе обожженных составила 40,4%.

Стационарное лечение обожженных контрольной группы продолжалось в среднем $47,0 \pm 2,0$ суток.

В таблице 4 представлены результаты хирургического лечения больных при консервативной подготовке ожоговых ран к пластическому закрытию.

Таблица 4

Показатели эффективности лечения больных контрольной группы

Показатель	Площадь глубокого ожога, %				Итого
	5-10	11-15	16-20	более 20	
Средний срок предоперационной подготовки с момента травмы, сутки	28,0±1,0	29,0±1,0	30,0±2,0	-	28,0±1,2
Срок восстановления кожного покрова после АДП, сутки	22,0±2,0	23,0±3,0	27,0±1,0	-	24,0±1,9
Частота лизиса трансплантатов, %	23,8	37,5	54,5	-	36,3
Число осложнений, %	23,5	60,9	100	100	76,9
Общая летальность, %	23,5	30,4	80,0	100	40,4
Длительность стационарного лечения, сутки	45,0±2,0	47,0±2,0	49,0±3,0	-	47,0±2,0

Данные таблицы свидетельствуют о том, что при увеличении площади поражения возрастают сроки предоперационной подготовки в среднем на 2 суток. На это влияет позднее поступление пострадавших в стационар, а также обострение фоновых заболеваний (ИБС, обструктивный бронхит и др.).

Таким образом, у больных контрольной группы с ожоговой травмой в патологический процесс вовлекаются сердечно-сосудистая и дыхательная системы организма, что определяет тяжесть течения ожогов. Усугубляют положение имеющиеся хронические заболевания обожженных пожилого и старческого возраста, что значительно утяжеляет состояние больного,

приводит к осложнениям и ухудшает результаты лечения.

Анализ результатов традиционного лечения обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном позволил определить основные направления исследования:

- поиск путей, направленных на проведение целенаправленной и патогенетически обоснованной коррекции нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы и дыхания, что способствовало бы проведению активной хирургической тактики;

- проведение ранней хирургической некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой позволило бы предотвратить прогрессирующую интоксикацию из очага поражения и развитие инфекции в ранах, исключило бы возможность дальнейшего развития ожоговой болезни за счет укорочения периода токсемии и ликвидации периода септикотоксемии, что в свою очередь способствовало бы улучшению основных показателей центральной гемодинамики и дыхания.

Глава 4. Сравнительная оценка эффективности раннего оперативного вмешательства и традиционного лечения обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном. В отличие от традиционного лечения, 63 (54,8%) пациентам пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном после интенсивной органопротекторной поддержки на 7-10 сутки после ожоговой травмы проводилась хирургическая некрэктомия с одновременной или отсроченной аутодермопластикой.

Данные клинико-лабораторных и инструментальных исследований основной группы обожженных существенно не отличались от таковых в контрольной группе.

Всем пациентам основной группы, сразу же после поступления в стационар проводили интенсивную органопротекторную поддержку, заключающейся в раннем назначении гепатопротекторов, антиоксидантов (α -липоевая кислота, токоферол), антигипоксантов (ГОМК), устранении причины шока (обезболивание), коррекции гиповолемии, воздействии на сосудистый тонус, улучшении микроциркуляции и перфузии органов и тканей. В лечении ожоговой токсемии использовали инфузионно-трансфузионную терапию, стимуляцию диуреза, обезболивание, применяли гепатопротекторы и антибактериальную терапию, по показаниям экстракорпоральные методы детоксикации.

В основной группе приоритетным методом подготовки ожоговых ран к трансплантации аутокожи было хирургическая некрэктомия.

Применение активной хирургической тактики лечения тяжелообожженных в ранние сроки является дополнительной нагрузкой на пострадавшего, так как ранние некрэктомии проводятся, как правило, на фоне нестойкой компенсации систем жизнеобеспечения.

Риск оперативного вмешательства на фоне возрастной инволюции организма и тяжелой сопутствующей патологии слишком высок, а

эффективность сомнительна.

В связи с этим, в процессе подготовки больных к оперативному лечению особое место занимала направленная кардиальная терапия. Помимо стандартной комплексной терапии, обожженные получали в максимально необходимых терапевтических дозах препараты, усиливающие биоэнергетические процессы в сердечной мышце – корвитин, неотон, лайботен, кокарбоксилазу, глюкозо-витаминные смеси с инсулином. При выраженной тахикардии применялись сердечные гликозиды (коргликон, строфантин). Для улучшения легочного кровотока назначался теофил, эуфиллин. Обожженным с клиническими признаками недостаточности кровообращения, наряду с указанной терапией, применялись диуретики – гипотиазид или фуросемид с препаратами калия. Больным с признаками ишемии и очагового повреждения миокарда для улучшения коронарного кровотока назначались изокет, кардикет, конкор, клексан и ингаляции кислорода.

С момента поступления больного до оперативного лечения проводилась необходимая массивная инфузионная дезинтоксикационная терапия. Внутривенно вводились реополиглюкин, стабизол, рефортан. Выполнялась коррекция белкового обмена 10% раствором альбумина, нативной плазмой, инфезолом. Не менее 2-3 раз переливалась эритроцитная масса. Параллельно проводилась коррекция электролитного баланса с ведением солевых растворов.

При задержке репаративных процессов в ранах, с целью снижения катаболизма собственных белков, наряду с усиленным белковым питанием, назначались анаболические гормоны (неробол или ретаболил) в обычных дозах. Кроме того, использовали гликозированные растворы (25-30% растворы) для возмещения энергетических потребностей организма, а также для получения анаболического эффекта от глюкозы. В необходимых дозах применялись анальгетики, антигистаминные и седативные препараты, а также антибиотики и антисептики в зависимости от чувствительности к ним раневой микрофлоры. Для повышения качества обезболивания, а также с учетом их противовоспалительного и жаропонижающего действия центральные анальгетики комбинировали с нестероидными противовоспалительными препаратами (диклофенак, кетонал, кетолонг).

Все обожженные этой возрастной группы, даже с ограниченными ожогами, нуждались в интенсивном уходе. Интенсивный уход включал помощь в приеме пищи, гигиенические процедуры, активизацию в адекватном состоянии пациента объеме (высаживание в кровати, на кресле-каталке, ходьба с дополнительной опорой и др.).

Проведенная усовершенствованная кардиальная терапия способствовала более ранней нормализации гемодинамических показателей, что проявлялось нормализацией артериального давления, ЦВД, лабораторных показателей к пятым-седьмым суткам.

Ранняя хирургическая некрэктомия выполнялась 53 больным в среднем

на $8,0 \pm 1,0$ сутки после термической травмы, 12 - отсроченная – на 10 сутки.

У больных с глубокими ожогами от 5 до 10% п.т. за один этап раны были закрыты у 12, в 2 этапа – у 7. В этой группе один больной умер на восьмые, второй – на 15 сутки после операции. У 18 пациентов с площадью глубокого поражения 11-15% п.т. аутопластическое закрытие ран осуществлялось в 2 этапа, у 8 – в 3 этапа. Один из них умер на 4-е сутки, двое – на 8-е, один – на 17-е сутки после операции, а двое – в период реконвалесценции. При глубоких ожогах 16-20% п.т. аутопластика проведена за 1 этап одному обожженному, 3-м – в 2 этапа, 7 – в 3 этапа, 4 – в 4 этапа. В этой группе один больной умер на 3-и сутки после операции, один на 4-е сутки, один – на 6-е, один – на 7-е, один – на 9-е сутки. 2 больных умерли в период реконвалесценции, на 14 сутки после операции, от раневого истощения. 3 пациентам с глубокими ожогами от 21 до 30% п.т. проведено 4 аутопластических операции. Из них 2 в 1 этап, 1 – в 2 этапа. Все они умерли: 2 на 2-е сутки, 1 – на 5-е сутки после операции. Всего пациентам основной группы произведено 134 аутодермопластических операции.

У всех больных операции осуществлялись под общим обезболиванием.

Лизис аутотрансплантатов в основной группе больных был отмечен в 29,1% случаев. При глубоких ожогах от 5 до 10% п.т. частичный лизис произошел у 5 (19,2%); от 11 до 15% п.т. – у 13 (21,7%); от 16 до 20% – у 18 (40,9%); от 21 до 30% п.т. – у 3 (75,0%) пациентов (табл. 5).

Таблица 5

Случаи лизиса трансплантатов у больных основной группы

Площадь глубокого ожога, %	Число АДП	Лизис трансплантатов, %			Всего	
		более 50-75	10-50	менее 10	Кол-во	%
5-10	26	-	1	4	5	19,2
11-15	60	-	2	11	13	21,7
16-20	44	-	1	17	18	40,9
21-30	4	-	1	2	3	75,0
Итого	134	0	5	34	39	29,1

В основной группе осложнения отмечены у 22 (34,9%) из 63 пациентов, при этом у 11 (17,5%) наблюдалась пневмония.

В основной группе умерли 20 (31,7%) пациентов.

Причиной смерти у 6 обожженных была прогрессирующая дыхательная недостаточность на фоне пневмонии, у 3 – сепсис-синдром и пневмония, у 5 – острая коронарная недостаточность на фоне ИБС, у 4 – полиорганная недостаточность и у 2 – тромбоэмболия легочной артерии.

Стационарное лечение обожженных основной группы продолжалось в среднем $33,1 \pm 1,8$ суток.

В таблице 6 представлены результаты хирургического лечения основной группы больных в зависимости от тяжести травмы.

Таблица 6

Показатели эффективности лечения больных основной группы

Показатель	Площадь глубокого ожога, %				Итого
	5-10	11-15	16-20	более 20	
Средний срок предоперационной подготовки с момента травмы, сутки	8,0±1,1	8,3±0,9	9,2±1,2	10,4±1,0	8,9±1,0
Срок восстановления кожного покрова после АДП, сутки	20,1±1,9	21,4±1,7	24,3±0,9	-	21,9±1,5
Частота лизиса трансплантатов, %	19,2	21,7	40,9	75,0	29,1
Число осложнений, %	5,3	26,9	80,0	66,7	34,9
Общая летальность, %	10,5	26,9	60,0	100,0	31,7
Длительность стационарного лечения, сутки	29,3±1,7	32,7±1,6	37,4±2,0	-	33,1±1,8

Как видно из таблицы, средние сроки предоперационной подготовки с момента травмы в зависимости от площади глубокого поражения составляли от 8,0 до 10,0 суток, в среднем $8,9 \pm 1,0$ суток. Сроки предоперационной подготовки с момента поступления зависели от площади глубокого ожога и увеличиваются в среднем на 2 суток по мере увеличения площади поражения.

Восстановление кожного покрова после АДП в подгруппах также увеличивается при увеличении площади поражения, составляя в среднем $21,9 \pm 1,0$ суток. Длительность стационарного лечения по мере возрастания площади глубокого ожога увеличивается от 2 до 11 суток между группами, составляя в среднем $33,1 \pm 1,8$ суток.

Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения в группах с использованием хирургической некрэктомии и консервативной подготовки показал, что:

1) срок предоперационной подготовки с момента травмы в основной группе в среднем на 19 суток меньше, чем в группе с консервативной подготовкой ран к аутодермопластике;

2) срок восстановления кожного покрова после АДП при хирургической некрэктомии сократился в среднем на 2-3 суток по сравнению с группой консервативной подготовки;

3) меньший лизис трансплантатов отмечался в группе пациентов с хирургической некрэктомией – 29,1%, по сравнению группой с

консервативной подготовкой – 36,3%;

4) снижалось количество послеоперационных осложнений в основной группе больных более чем в 2 раза – 34,9%, тогда как в контрольной группе этот показатель равнялся 76,9%;

5) общая летальность в основной группе составила 31,7%, в контрольной – 40,4%;

6) длительность стационарного лечения меньше при методе с хирургической некрэктомией, разница составляет в среднем 14 суток.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что использование активных хирургических методов лечения глубоких ожогов у пациентов пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном, позволяет существенно уменьшить сроки восстановления кожных покровов, частоту осложнений ожоговой болезни и летальность, и, как следствие, сроки стационарного лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, разработанные принципы диагностики и коррекции нарушений гемодинамики и дыхания у обожженных предупреждают усугубление функциональных нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной систем в процессе оперативного лечения. Ранняя хирургическая некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой по сравнению с консервативной подготовкой ран к аутодермопластике у пациентов пожилого и старческого возраста позволяет на 2-3 суток уменьшить сроки восстановления кожных покровов, на 14 суток сократить длительность стационарного лечения, уменьшить частоту осложнений ожоговой болезни с 76,9 до 34,9% и снизить летальность с 40,4 до 31,7%.

Выводы:

1. У больных с глубокими ожогами пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном в патологический процесс вовлекаются сердечно-сосудистая и дыхательная системы организма, что определяет тяжесть течения ожоговой болезни. Усугубляет положение имеющиеся хронические заболевания, которые значительно отягощают состояние больного, приводят к осложнениям и ухудшают результаты лечения.

2. Больным с ожоговой травмой пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном крайне обязателен мониторинг системы кровообращения и дыхания в процессе проводимой интенсивной терапии шока и токсемии.

3. Показатели центральной гемодинамики могут являться критерием оценки статуса больного с ожоговой травмой и косвенным показателем возможности ранней некротомии и некрэктомии (гипер- и нормодинамический режим кровообращения).

4. Средние сроки предоперационной подготовки у больных контрольной группы составили $28,0 \pm 1,2$ сутки, сроки восстановления кожного покрова после АДП – $24,0 \pm 1,9$, частота осложнений ожоговой болезни составили

76,9%, летальность - 40,4%.

5. Средние сроки предоперационной подготовки у основной группы больных составили $8,9 \pm 1,0$ сутки, сроки восстановления кожного покрова после АТП – $21,9 \pm 1,5$, частота осложнений ожоговой болезни составили 34,9%, летальность – 31,7%.

6. Ранняя хирургическая некрэктомия с одномоментной (или отсроченной) аутодермопластикой по сравнению с консервативной подготовкой ран к аутодермопластике у пациентов пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном позволяет на 2-3 суток уменьшить сроки восстановления кожных покровов, на 14 суток сократить длительность стационарного лечения, уменьшить частоту осложнений ожоговой болезни на 42,0% и снизить летальность на 8,7%.

Практические рекомендации

1. Для улучшения результатов лечения обожженных пожилого и старческого возраста с преморбидным фоном, прежде всего, необходимо проведение целенаправленной медикаментозной коррекции нарушений функционального состояния системы кровообращения и дыхания на всех этапах хирургического лечения.

2. Контроль за состоянием сердечно-сосудистой и дыхательной систем при ожоговой болезни следует проводить в следующие сроки: при шоке – каждые 6-12 часов, при острой токсемии - 1 раз в 2 суток, при септикотоксемии – не реже 1 раза в неделю, а также при выписке больного из стационара.

3. При многоэтапных аутодермопластических операциях у тяжелообожженных для уменьшения влияния операционной травмы на функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы, целесообразно использование сетчатые трансплантаты.

4. После проведения комплексного лечения ожоговых реконвалесцентов с длительно сохраняющимися нарушениями функции сердца и легкого необходим учет и диспансерное наблюдение.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Журнальные статьи:

1. Турсунов Б.С., Аминов У.Х., Усмонов А.У., Рузибоев С.А. Особенности лечения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Журнал теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2000. - №1. – С. 90-95.

2. Турсунов Б.С., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А. Общая и местная предоперационная подготовка у обожженных пожилого и старческого возраста // Вестник врача общей практики. – Самарканд, 2000. - №2 (14). – С.

57-60.

3. Карабаев Б.Х., Рузибоев С.А. Организация экстренной помощи при термических поражениях // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2000. - №2. – С. 70-73.

4. Турсунов Б.С., Карабаев Б.Х., Усманов А.Х., Рузибоев С.А. Течение и лечение ожоговой болезни на фоне сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2002. - №2. – С. 74-79.

5. Турсунов Б.С., Абдуллаев У.Б., Рузибоев С.А. Куйган яраларни даволашнинг замонавий усуллари // Вестник врача общей практики. - Самарканд, 2002. - №4(24). – С. 65-68.

6. Турсунов Б.С., Абдуллаев У.Б., Рузибоев С.А. Куйиш касаллигининг шок даврида даволаш муаммолари // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд, 2003. - №3-1. – С. 75-77.

7. Карабаев Х.К., Мустафокулов И.Б., Карабаев Б.Х., Авазов А.А., Рузибоев С.А. Термоингаляционная травма: Диагностика и лечение // Вестник врача. - Самарканд, 2009. - №5. - С. 60-64.

8. Карабаев Х.К., Карабаев Б.Х., Тагаев К.Р., Рузибоев С.А. и др. ДВС-синдром у обожженных: современный взгляд на проблему // Вестник врача. - Самарканд, 2010. - №1. – С. 122-128.

9. Рузибоев С.А., Хакимов Э.А. Хирургическое лечение глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – Донецк, 2011. – Т.12, №1. – С. 30-33.

Журнальные сообщения:

10. Якубов Г., Турсунов Б.С., Аллазов С.А., Рузибоев С.А. Экстренная помощь при ожоговом шоке с учетом гомеостаза организма // International Journal on Immunorehabilitation. - Нью-Йорк, США, 2001. - №1. (542) – С. 195-196.

11. Турсунов Б.С., Аллазов С.А., Бобокулов Н.А., Рузибоев С.А. Выявляемость урологической патологии и её патогенетическая роль при ожоговой болезни // International Journal on Immunorehabilitation. - Нью-Йорк, США, 2001. - №1. (542) – С. 195-196.

12. Рузибоев С.А. Оперативное лечение глубоких ожогов у пожилых // «Скорая медицинская помощь». - Санкт-Петербург, 2006. - №3. - С. 156-157.

13. Карабаев Б.Х., Шакиров Б.М., Рузибоев С.А. Течение и лечение ожоговой болезни на фоне сопутствующих заболеваний у лиц старше 60 лет // Скорая медицинская помощь. - Санкт-Петербург, 2006. - №3. - С. 56-57.

14. Рузибоев С.А., Турсунов Б.С., Турсунова. Функциональное состояние сердца у обожженных пациентов в возрасте старше 60 лет // Вестник врача. – Самарканд, 2008. - №3. - С.80.

15. Карабаев Б.Х., Хакимов Э.А., Рузибоев С.А. и др. Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта при ожоговой болезни // Проблемы

биологии и медицины. – Самарканд, 2009. - №4(59). – С. 32-33.

16. Карабаев Х.К., Карабаев Б.Х., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А., Рузибоев С.А. Электрокардиографические показатели у больных ишемической болезнью сердца при ожоговой болезни // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2010. - №3 (47). – С. 57-58.

Тезисы в сборниках:

17. Карабаев Х.К., Турсунов Б.С., Аминов У.Х., Рузибоев С.А. Стратегия местного лечения ожоговых ран // "Комбустиология на рубеже веков". Тез. Докл. межд. конгресса. - Москва, 2000. – С. 123.

18. Турсунов Б.С., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Аминов У.Х., Рузибоев С.А. Осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных // "Актуальные проблемы термической травмы". Мат. межд. конф. посвященной 70-летию НИИ Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 220-221.

19. Турсунов Б.С., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Рузибоев С.А. Септическая метастатическая стафилококковая деструкция легких при ожоговой болезни // "Актуальные проблемы термической травмы". Мат. межд. конф. посвященной 70-летию НИИ Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 221-222.

20. Карабаев Х.К., Турсунов Б.С., Тагаев К.Р., Аминов У.Х., Рузибоев С.А. Методы подготовки глубоких ожоговых ран к аутодермопластике // "Актуальные проблемы термической травмы". Мат. межд. конф. посвященной 70-летию НИИ Скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 303-305.

21. Рузибоев С.А. Хирургическое лечение глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста // "Современные проблемы теоретической и практической медицины". Сб. научных работ конф. - Самарканд, 2006. - С. 214-215.

22. Рузибоев С.А. Нарушение сердечно-сосудистой системы у лиц пожилого и старческого возраста // "Современные проблемы теоретической и практической медицины". Сб. научных работ конф. - Самарканд, 2006. - С. 215-216.

23. Рузибоев С.А. Интенсивная терапия ожогового шока в пожилом и старческом возрасте // Проблемы экологии, здоровья, фармации и паразитологии: Науч. тр. Московской медицинской академии имени И.М.Сеченова. - Москва, 2008. - С. 297-301.

24. Рузибоев С.А. Местное лечение ожогов у больных старше 60 лет // Проблемы экологии, здоровья, фармации и паразитологии: Науч. тр. Московской медицинской академии имени И.М.Сеченова. - Москва, 2008. - С. 301-302.

Методические рекомендации:

25. Турсунов Б.С., Ахтамов Ж.А., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А., Карабаев Б.Х. Технология комплексного лечения ожоговой болезни больных пожилого и старческого возраста. - Ташкент, 2007. – 21с.

26. Турсунов Б.С., Ахтамов Ж.А., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А., Карабаев Б.Х. Современное местное лечение ожоговых ран у пожилых. - Ташкент, 2007. – 14с.

27. Карабаев Х.К., Ахмедов Ю.М., Ибадова Д.Н. и др. Нутритивная поддержка – как метод интенсивной терапии тяжелообожженных. - Самарканд, 2011. – 25с.

Патенты:

28. Очилов У.Б., Турсунов Б.С., Хакимов Э.А., Рузибоев С.А. Куйиш шокининг даражасини аниклаш // Давлат патент идорасининг N DGU20080130 ракамли электрон хисоблаш машиналари учун яратилган дастурнинг расмий руйхатдан утказганлиги тугрисидаги гувоҳномаси. 28.08.2008 й.

29. Рузибоев С.А., Турсунов Б.С., Очилов У.Б., Турсунова Ф.Б. Кекса ешдаги куйган беморларда юрак-кон томир тизимининг ахволини баҳолаш // Давлат патент идорасининг N DGU 01639 ракамли электрон хисоблаш машиналари учун яратилган дастурнинг расмий руйхатдан утказганлиги тугрисидаги гувоҳномаси. 22.07.2008 й.

РЕЗЮМЕ

диссертации С.А.Рузибоева на тему: «Оптимизация хирургического лечения глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.27 - Хирургия

Ключевые слова: ожоговая болезнь, пожилой и старческий возраст, отягощенный преморбидный фон, лечение.

Объекты исследования: 115 обожженных пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном.

Цель работы: улучшение результатов лечения глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном, путем выбора раннего оперативного вмешательства.

Методы исследования: общеклинические, инструментальные, лабораторные и статистические.

Полученные результаты и их новизна: впервые при хирургическом лечении глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном, с различной тяжестью травмы проведено комплексное изучение характера нарушений систем кровообращения и дыхания. Выявлены механизмы снижения ударного выброса сердца в остром периоде ожоговой болезни даже при устраненной гиповолемии, которые приводят к диффузным и очаговым поражениям миокарда. Установлена зависимость изменений центральной гемодинамики и дыхательной системы от периода и тяжести течения ожоговой болезни, что диктует дифференцированный подход к корригирующей терапии. Показано, что ранняя некрэктомия с последующей аутодермопластикой с широким применением сетчатых лоскутов является важным звеном в системе коррекции нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной систем у обожженных пожилого и старческого возраста.

Практическая значимость: разработанные принципы диагностики и коррекции нарушений гемодинамики и дыхания у обожженных предупреждают углубление функциональных нарушений сердечно-сосудистой и дыхательной систем в процессе оперативного лечения и при развитии осложнений в послеоперационном периоде. Ранняя хирургическая некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой по сравнению с консервативной подготовкой ран к аутодермопластике у пациентов пожилого и старческого возраста позволяет на 2-3 суток уменьшить сроки восстановления кожных покровов, на 14 суток сократить длительность стационарного лечения, уменьшить частоту осложнений ожоговой болезни с 76,9 до 34,9% и снизить летальность с 40,4 до 31,7%.

Степень внедрения и экономическая эффективность: основные положения диссертационной работы внедрены в клиническую практику работы отделения комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП.

Область применения: медицина, хирургия.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор С.А. Рузибоевнинг 14.00.27 - Хирургия ихтисослиги бўйича «Йўлдош касалликлари бўлган кекса ва қари ёшдаги беморларда чуқур куйишларнинг хирургик давосини оптимизациялаш» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч сўзлар: куйиш касаллиги, қари ва кекса ёш, оғирлашган преморбид фон, даволаш.

Тадқиқот объектлари: 115 та йўлдош касалликлари булган қария ва кекса ёшдаги куйган беморлар.

Ишнинг мақсади: Йўлдош касалликлари бўлган қария ва кекса ёшдаги чуқур куйган беморларда эрта хирургик усулни қўллаб даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот усуллари: умумклиник, инструментал, лаборатор ва статистик.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Йўлдош касалликлари булган қария ва кекса ёшдаги чуқур куйган беморларни жаррохлик йўли билан даволашда биринчи марта қон айланиш ва нафас олиш тизими ўзгаришлари характери комплекс равишда ўрганилди. Куйиш касаллигининг ўткир даврида гиповолемиа ҳолати тўлдирилишига қарамадан, юракнинг зарбий ҳажми камайиши механизми аниқланди, ваҳоланки, бу ҳолат миокарднинг диффуз ва ўчоқли ўзгаришларига олиб келади. Марказий гемодинамика ва нафас олиш тизими ўзгаришларининг куйиш касаллиги даврлари ва кечиши ўртасидаги боғлиқлиги аниқландики, бу ҳолат даволашга дифференциал ёндошувни талаб этади. Қария ва кекса ёшдаги куйган беморларда юрак қон-томир ва нафас олиш тизими бузилишларини коррекция қилишда куйган юзаларни эрта некрэктомиа қилиб тўрсимон тери чўлтоқлари билан аутодермопластика қилиш муҳим омил эканлиги кўрсатилди.

Амалий аҳамияти: Ишлаб чиқилган диагностик ва юрак қон-томир тизими функционал бузилишларини коррекция қилиш тамойиллари, беморларда оператив даволаш жараёни ва операциядан кейинги асоратларнинг олдини олади. Қария ва кекса ёшдаги беморларда жароҳатларни аутодермопластикага консерватив тайёрлашга қараганда, эрта хирургик некрэктомиа ва бир лахзали аутодермопластика қилиш тери қопламанинг тикланиш муддатини 2-3 кунга, стационар даволаниш муддатини 14 кунга қисқаришига, куйиш касаллигининг асоратларини 76,9 дан 34,9% гача, ўлим ҳолатини эса 40,4 дан 31,7% гача камайиштириш имконини беради.

Татбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: Диссертация ишининг асосий ҳолатлари РШТЕИМ Самарқанд филиали комбустиология бўлими клиник амалиёт ишига татбиқ қилинган.

Қўлланиш соҳаси: тиббиёт, хирургия.

RESUME

Thesis of Sanjar A. Ruziboev on the scientific degree competition of the doctor of philosophy in medicine on specialty 14.00.27 – Surgery, subject: “The optimization of the surgical treatment of deep burns in the persons of elderly and senile age with the burdened premorbid background”.

Key words: burn disease, the elderly and senile age, burdened is premorbid background, treatment.

Subject of research: 115 burned elderly and senile ages with the burdened premorbid background.

Purpose of work: an improvement in the results of treating the deep burns in the persons of elderly and senile age with the burdened premorbid background, via the selection of early operational interference.

Methods of research: clinical, instrumental, laboratory and statistical.

The results obtained and their novelty: for the first time during the surgical treatment of deep burns in the persons of elderly and senile age with the burdened premorbid background, from different gravity injury carried out the complex study of the nature of the disturbances of the systems of blood circulation and respiration. Are revealed the mechanisms of reduction in the impact ejection of heart in the acute period of burn disease even with removed hypovolemia, which lead to the diffuse and focus defeats of myocardium. Is established the dependence of changes in the central hemodynamics and respiratory system on period and gravity of the course of burn disease, which dictates the differentiated approach to the correcting therapy. It is shown that early necroektomy with subsequent dermautoplasty with the wide application of the netted rags is important component in the system of the correction of the disturbances of cardiovascular and respiratory systems in those burnt of elderly and senile age.

Practical value: the developed principles of diagnostics and correction of the disturbances of hemodynamics and respiration in those burnt prevent the deepening of the functional disturbances of cardiovascular and respiratory systems in the process of operative treatment and with the development of complications in the postoperative period. The early surgical necroektomy with simultaneous dermautoplasty in comparison with the conservative preparation of wounds for dermautoplasty in the patients of elderly and senile age makes it possible by 2-3 days to decrease the periods of the restoration of skins, to 14 days to reduce the duration of stationary treatment, to decrease the frequency of the complications of burn disease from 76,9 to 34,9% and to decrease lethality from 40,4 to 31,7%.

Degree of embed and economic effectivity: the basic condition of dissertation work is inculcated in the clinical practice of the work of the department of combustiology of Samarkand branch of Republican scientific center of the emergency medicine.

Field of application: medicine, surgery.

Автор выражает свою глубокую признательность за представленную тему научного исследования и постоянную заботу своему первому учителю ныне покойному профессору Турсунову Бахрону Саломовичу, искреннюю благодарность научному руководителю профессору Карабаеву Худойберди Карабаевичу и сотрудникам отделения комбустологии Самаркандского филиала РНЦЭМП, за оказанную практическую помощь и поддержку в выполнении настоящей работы.