

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Даминов Феруз Асадуллаевич, Карабаев Худойберди Карабаевич, Хакимов Эркин Абдухалилович
1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
2 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ ЧУҚУР КУЙГАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ

Даминов Феруз Асадуллаевич, Карабаев Худойберди Карабаевич, Хакимов Эркин Абдухалилович
1 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш. ;
2 - Республика шошилич тез ёрдам илмий маркази Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

OUR EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF DEEP BURN IN PERSONS OF THE ELDERLY AND OLD AGE

Daminov Feruz Asadullaevich, Karabaev Khudoyberdi Karabaevich, Khakimov Erkin Abdukhalilovich
1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: feruzdaminov1986@gmail.com

Резюме. Мазкур мақолада кекса ва қари ёшдаги чуқур куйган беморларда куйиш касаллиги ривожланиши ўзига хос кечиши, асоратлари ёритилган бўлиб, унинг профилактикаси ва хирургик коррекциясининг асосий усуллари баён қилинган. Охириги 10 йилда оғир куйган беморларнинг даволаш натижалари таҳлил қилинди. Тадқиқот объекти бўлиб, 2010-2020 йиллар мобайнида РШТЕИМ Самарканд филиали комбустиология бўлимида даволанган, 56 ёшдан 92 ёшгача бўлган 356 нафар оғир куйишдан жабр кўрган беморлар келтирилди. Улардан чуқур куйиш (2% дан 15% гача) бўлган 107 беморга 7 дан 15 кунгача эрта некрэктомия қилинган. Кўп босқичли эрта хирургик даволаш усули самарали бўлиб асоратлар ва ўлим кўрсаткичини камайтиради.

Калим сўзлар: чуқур куйиш, полиорган етишмовчилиги, эрта некрэктомия.

Abstract. In this article, the specific course and complications of the development of burn disease in elderly and elderly patients with deep burns are explained, and the main methods of its prevention and surgical correction are described. The results of treatment of patients with severe burns in the last 10 years were analyzed. 356 patients with severe burns, aged 56 to 92 years, who were treated in the burn department of the Samarkand branch of RShTYoIM during 2010-2020, were the object of the study. Of these, 107 patients with deep burns (2% to 15%) underwent early necrotomy at 7 to 15 days. Early multistage surgical treatment is effective in reducing complications and mortality.

Key words: deep burns, polyorgan failure, early necrotomy.

Введение. Течение ожоговой травмы у лиц пожилого и старческого возраста характеризуется торпидностью течения раневого процесса, воздействуя на все органы и системы. Возрастные изменения и сопутствующие заболевания, неустойчивость метаболических процессов, ослабленная сопротивляемость и низкие компенсаторные возможности стареющего организма определяют высокий (от 24 до 63%) процент летальности от ожогов у этого контингента больных [1,2,11,14]. Современная концепция лечения глубоких ожогов предполагает применение активных хирургических методов подготовки ожоговых ран к аутодермопластике, среди которых выделяют хирур-

гическую некрэктомию, химическую некрэктомию и иссечение гранулирующих ран. Основная цель применения активных хирургических методов – скорейшее очищение раны от некротических тканей и восстановление кожно-покрова, что препятствует генерализации инфекции, снижает интоксикацию, уменьшает частоту осложнений ожоговой болезни [3,7,9]. Неудовлетворительные результаты лечения пострадавших пожилого и старческого возраста в значительной мере связаны с тем, что до настоящего времени недостаточно разработана показания к различным видам кожной пластики, техника, объема и сроки её выполнения с момента получения ожоговой трав-

мы [4,6,12,13]. В настоящее время накопленный опыт лечения обожженных пожилого и старческого возраста изучен недостаточно. Встречающиеся в литературе данные о применении активных хирургических методов у пациентов гериатрических групп разрознены и не дают представления об их сравнительное эффективности [5,8,10].

Цель исследования. Изучить особенности оперативного лечения глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста и определить оптимальное хирургическую тактику.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы результаты хирургического лечения 356 пострадавших в возрасте от 55 до 92 лет с площадью глубоких ожогов от 2% до 25% была произведена аутопластика кожи, проходивших лечение в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП с 2010 по 2020 гг. Среди поступивших больных мужчин было 249 (69.94%), женщин – 107 (30.06%). Значительную часть среди всех больных составили люди пожилого и старческого возраста. Всем больным при поступлении оказали первую медицинскую помощь с включением адекватной дыхания пострадавших. На следующем этапе в комбустиологического отделение проводили противошоковые мероприятия и дальнейшую интенсивную терапию. При поступлении у пострадавших изучен анамнез, определили площади глубины ожога, оценивали тяжесть состояния больного. Определения для оценки тяжести больного, использовали индекс Франка. У этих больных индекс Франка составили 45-130 у.е. Для выявления наличия септического состояния и ПОН, всем обследованным больным проводили общеклинические и инструментальные исследования. Проводили клинические анализы крови и мочи. При этом, в обязательном порядке учитывали особенности данного вида травмы, придавая особое значение тщательному контролю показателей гемодинамики, температурной реакции, частоте дыхания, измерению почасового и суточного диуреза. Гематокритную величину, также контролировали у всех исследуемых больных, при поступлении больных в стационар и в последующие дни наблюдения. Состояние гемодинамики изучали на основании показателей артериального давления (АД), числа сердечных сокращений (ЧСС), ЦВД. Исследование ОЦК проводили при поступлении больного, до начала инфузионной терапии и в последующем, ежесуточно в течение 5-7 дней. При изучении обстоятельств термической травмы у пострадавших (356) установлено, что в 81.2% случаях этиологическим фактором ожога послужило пламя, 9.9 % случаев – кипяток, а у остальных 8.9% пострадавших причиной ожога были: горячая пища, битум, электрическое и контактное поражение (рис. 1.).

жало пламя, 9.9 % случаев – кипяток, а у остальных 8.9% пострадавших причиной ожога были: горячая пища, битум, электрическое и контактное поражение (рис. 1.).

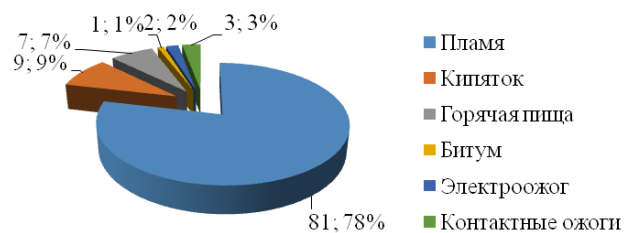


Рис. 1. Характер поражающего фактора

Результаты и обсуждение. Основным методом восстановления кожного покрова при глубоких ожогах является оперативное лечение с применением кожной пластики. С этой целью нами у 356 пострадавших в возрасте от 55 до 92 лет с площадью глубоких ожогов от 2% до 25% была произведена аутопластика кожи. Из них у 107 больных с площадью глубоких ожогов (от 2% до 15%) была произведена ранняя некрэктомия в сроки от 7 до 15 дней. Кожная пластика выполнена непосредственно после удаления некротических струпов на площади до 5% поверхности тела у 37 больных и 70 пострадавших – от 5 до 15% поверхности тела. Хорошее приживления кожных лоскутов было у 77 больных, частичная отслойка трансплантатов наступила у 25 пострадавших и полный лизис пересаженных лоскутов наблюдался у 5 пациентов, у которых ранняя некрэктомия производилась на площади 10-15% поверхности тела, у которых вследствие отторжения трансплантатов наступило ухудшение общего состояния. Несмотря на общеукрепляющую терапию, состояние пострадавших прогрессивно ухудшилось и через 10 дней и у 2 больных наступил летальный исход. У 92 пострадавших операции выполнялись в один этап, а у 15-в два этапа, что было вызвано обильным кровотечением из раневой поверхности и недостаточно полным удалением некротических струпов. Второй этап операции производился на 6-7 день после первого с удалением оставшиеся некротические струпы. В этом случае хорошее приживления отмечено у 13 больных, и у двух наблюдалась частичная отслойка трансплантатов. Из 249 больных с обширными глубокими ожогами 10-25% поверхности тела была произведена аутопластика кожи на гранулирующие раны у 130 пострадавших со сплошными дерматомными лоскутами. В один этап – у 30, в два этапа – у 45, и в три этапа – у 55 больных, (285 операций).



а) на 8 день



б) после некрэктомия



в) донорские участки



г) аутодермопластика

Рис. 2. Больная З. 78 лет, с термическим ожогом пламенем II-ША,Б степени 25% поверхности тела

С целью увеличения площади закрываемых ран у больных обширными ожогами, нами у 32 больных производилась аутоаллопластика кожи, у 17 пострадавших был применен “марочный” способ и в 15 наблюдениях использовалась кожная пластика по методу Моулем-Джексона.

Для повышения возможностей кожной пластики при ограниченных ресурсах кожи у 102 больных были использованы так называемые сетчатые трансплантаты, которые получились в результате нанесения специальным дерматомом насечек на взятые обычным способом кожные лоскуты, в результате чего они принимали вид сетки. Этот метод применялся у больных с обширными глубокими ожогами и у пострадавших с ограниченными ожогами, протекавшими на фоне значительных нарушений сердечной деятельности и функции внешнего дыхания, а также у ослабленных больных, имеющих различные осложнения (пролежни, пневмонии, гепатиты). В этих случаях на первый план выступало сохранение жизни пострадавших, иногда в ущерб функциональным результатам. Предпочтение отдавалось сетчатым трансплантатам, полученным с коэффициентом увеличения 1:1,5, что способствовало более быстрой эпителизации ячеек трансплантаты. После распластывания кожных лоскутов наиболее эф-

фективным способом их фиксации оказалась асептическая повязка, наложенная сверху и подклеенная по краям клеолом к здоровой коже.

Проведенные исследования показали целесообразность сдержанной тактики, применяемой у пострадавших этого возраста, которая заключалась в сокращении объема оперативных вмешательств, выборе щадящих методов обезболивания и наиболее рациональных способов кожной пластики. Поскольку больные пожилого и старческого возраста относятся к группе с повышенным операционным риском, первая аутопластика, как правило, не превышала 4-5% поверхности тела, так как неудачная кожной пластики на такой площади существенно не отражалась на общем состоянии пострадавших, а при успешном исходе предоставлялась возможность выполнения следующего этапа кожной пластики в большом объеме. Даже при хорошем состоянии грануляционного покрова и достаточных компенсаторных возможностях организма, площадь одномоментного закрытия ран не превышала 1000 см².

Тактика многоэтапных аутопластических замещений кожного покрова с определением объема пластики в каждом отдельном случае, в зависимости от состояния пострадавших и подготовленности ожоговых ран, была наиболее рацио-

нальна у этого контингента больных. При закрытии гранулирующих ран сплошными трансплантатами перевязка производилась на 2-3 день после кожной пластики, а применение сетчатых трансплантатов, обладающих хорошей дренажной способностью, позволяло отсрочить первую перевязку до 5-6 дней. В наших наблюдениях из 317 аутопластик кожи на гранулирующие раны полное приживление трансплантатов отмечено в 206 случаях (65%), приживление 70% пересаженных лоскутов наблюдалась в 92 случаях (19%) и полный лизис кожных лоскутов наступил лишь в 19 случаях (6%). Из общего количества 356 больных умерло 64 человек, что составляет 17,1%.

Выводы: Таким образом, активное хирургическое лечение, заключающееся в многоэтапности пластических операций с возможно малыми интервалами между ними и преимущественным применением кожной пластики сетчатыми трансплантатами толщиной 0,2-0,3 мм, позволило у большинства пострадавших пожилого и старческого возраста восстановить кожной покров в сроки от 1,5 до 2 месяцев со дня травмы даже при обширных глубоких ожогах свыше 10% поверхности тела.

Литература:

1. Алексеев А.А., Бобровников А.Э. Анализ результатов внедрения в клиническую практику инновационных технологий лечения пострадавших с ожогами // Комбустиология. Электронный научно-практический журнал. 2019. № 63-64.
2. Атясова, М.Л. Особенности лечения глубоких ожогов у пожилых //Актуальные вопросы хирургии, травматологии и интенсивной терапии: материалы регион, науч.- практ. конф.- Саранск, 2011.- С. 149-151.
3. Владимиров, И.В. Современные возможности улучшения результатов лечения ожоговых ран [Электронный ресурс] / И.В. Владимиров, Д.В. Черданцев, Д.В. Владимиров, Т.П. Ванюхина // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4
4. Карабаев Б.Х., Рузибоев С.А., Шакиров Б.М. Течение и лечение ожоговой болезни на фоне сопутствующих заболеваний у лиц старше 60 лет // Скорая медицинская помощь. Мат. межд. конф. «Актуальные проблемы термической травмы». - Санкт-Петербург, 2006. – №3. – Т.7. – С.56-57.
5. Карабаев Б. Х., Фаязов А. Д., Шакиров Б. М. Ожоговая болезнь у лиц пожилого и старческого возраста //Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 3. – С. 40-40.
6. Малахов С. Ф. Основные направления использования современных раневых покрытий в лечении обширных глубоких ожогов //Вопросы

науки и образования. – 2017. – №. 7 (8). – С. 83-85.

7. Ризаев Ю.А., Маеда Х., Храмова Н.В. Пластика дефектов челюстно-лицевой области после оперативного удаления доброкачественных опухолей // Анналы онкологических исследований и терапии. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 22-23.
8. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.
9. Фаязов А. Д., Ажиниязов Р. С. Особенности течения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста //Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – №. 3. – С. 54-57.
10. Хаджибаев А. М., Фаязов А. Д., Султанов Б. К. Эффективность ранней некрэктомии у больных пожилого и старческого возраста //Скорая медицинская помощь. – 2006. – Т. 7. – №. 3. – С. 162-163.
11. Dushmanmedov, M. Z., Rizaev, J. A. et al (2020). Compensator-adaptive reactions of patients' organism with gnathic form of dental occlusion anomalies. International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 24(4), 2142-2155.
12. Rizaev J. A. Influence of fluoride affected drinking water to occurrence of dental diseases among the population // EurAsian Journal of BioMedicine, Japan. – 2011. – Т. 4. – №. 5. – С. 1-5.
13. Rizayev J. A. et al. Incidence of Dental caries in children with Herpetic Stomatitis // 64th ORCA Congress. – 2017. – С. 198-199.
14. Wolf, S.E. The year in burns 2013 / S.E. Wolf, H.A. Phelan, B.D. Arnoldo // J. Burns. – 2016. – V. 40(8). – P. 1421-1432.

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Хакимов Э.А.

Резюме. В статье разъясняются особенности течения и осложнения развития ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста с глубокими ожогами, описываются основные методы ее профилактики и хирургической коррекции. Проанализированы результаты лечения больных с тяжелыми ожогами за последние 10 лет. Объектом исследования явились 356 больных с тяжелыми ожогами в возрасте от 56 до 92 лет, находившихся на лечении в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП в течение 2010-2020 гг. Из них у 107 больных с глубокими ожогами (от 2% до 15%) была выполнена ранняя некрэктомия в сроки от 7 до 15 дней. Раннее многоэтапное хирургическое лечение эффективно в плане снижения осложнений и летальности.

Ключевые слова: глубокие ожоги, полиорганная недостаточность, ранняя некрэктомия.