

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

УДК: 616-001.17-616-001 36-07-084

ХАКИМОВ ЭРКИН АБДИХАЛИЛОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ
ТРАВМОЙ ДЛЯ АКТИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ**

14.00.27 - Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент- 2010

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

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

Научный руководитель: Доктор медицинских наук, профессор
[Гурсунов Бахрон Саламович]

Научный консультант: Доктор медицинских наук, профессор
Карабаев Худойберди Карабаевич

Официальные оппоненты: Доктор медицинских наук, профессор
Мороз Владимир Юрьевич (Москва)

Доктор медицинских наук, профессор
Аваков Вячеслав Брвандович

Ведущая организация: Научно-исследовательский институт
скорой помощи имени
Н.В.Склифосовского (г. Москва, Россия)

Актуальность работы. Технизация промышленности, широкое внедрение в производство и быт населения материалов из легковоспламеняющихся полимеров, небрежное отношение к использованию различных отопительных приборов и открытого огня в быту, а также несоблюдение правил техники безопасности, наряду с повышением травматизма, привели к увеличению числа больных с тяжелыми термическими поражениями, которые по данным современных авторов составляют 4,5-5,6% от общего числа травм-[Алексеев А.А. с соавт., 2005; Хаджибаев А.М. с соавт., 2006; Смирнов С.В. с соавт., 2008; Reynolds E.M. et al., 1995; Barret J.P. et al., 2008].

Неуклонный рост среди них, пострадавших с тяжелым термическим поражением и развитием ожоговой болезни, а, в ряде случаев, развитие ожогового шока и выраженной токсемии с полиорганной недостаточностью, являются ведущими факторами в ухудшении прогноза заболевания даже в специализированных учреждениях [Будкевич Л.И. с соавт., 2006; Фиеталь Э.Я. с соавт., 2008; Klein G.L, et al., 2001]. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в лечении этой патологии, особенно высокая смертность при обширных глубоких ожогах [Парамонов Б.А. с соавт., 2000; Daltroy L. et al., 2000; Boonstra O., 2008], когда значительная часть пострадавших гибнут именно в периоде развития ожогового шока и токсемии [Карабаев Х.К.; с соавт., 2005; Sheridan R. et al., 2000; Blakeney P.E. et al. 2001; Yo K; et al., 2008],

Так, по мнению многочисленных исследователей [Мороз В.Ю. с соавт., 2005; Багненко С.Ф. с соавт., 2008; Zeltzer A. et al., 2008]* воздействие термических агентов на течение ожоговой болезни характеризуются интенсивной гибелью тканей, разрушением и повышением проницаемости клеточных мембран, отеком, агрегацией форменных элементов и стазом, нарушением интракапиллярного обмена, что приводит к резкому нарушению функции жизненно-важных органов и систем; а также обмена веществ* что имеет большое значение в патогенезе; Возникающие на этом фоне ожоговый шок, токсемия и полиорганная недостаточность (ПОН), делают проблему лечения ожоговой болезни, особенно ее инфузионной терапии, предметом обсуждения и споров на многочисленных съездах и конференциях [Коваленко О.Н. с соавт., 2005; Марковская О.В. с соавт., 2005; Michel П. et al 2008].

Следовательно, улучшение результатов хирургического лечения больных с данной патологией может быть достигнуто только лишь, путем комплексного лечения ожогового шока, токсемии с ПОН на первом этапе и, использованием раннего оперативного вмешательства ~ на втором, которые являются главными задачами практической хирургии [Ахмедов М.Г. с соавт., 2005; Крылов К.М. с соавт.* 2005; Назаров -ИЛ. с соавт., 2007; Алексеев А.А. с соавт., 2008]у ^

Степень изученности проблемы: Если^й^сегодня, схемы инфузионно-трансфузионной терапии (ИТТ) хорошо разработаны применительно к большим необширными глубокими ожогами, то подобные рекомендации для тяжел ообожжекных с термическими поражениями, особенно при лечении ожогового шока, весьма противоречивы, а расчеты, предложенные для этих

Защита диссертации состоится /J 2010 года в Ж часов на заседании специализированного Совета*^ 087.09.01 при Ташкентской Медицинской Академии. Адрес: 100109. Ташкент, ул. Фаробий, 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской Медицинской Академии.

Автореферат разослан « 3^2010 г.

Ученый секретарь
специализированного Совета
доктор медицинских наук,
профессор

АСРАРОВ Аскар Асрарович

больных, оказываются нередко неэффективными и неприемлемыми [Розин Л.В., с соавт., 1975; В.Рудовский с соавт., 1980; Амагыров В.Л. с соавт., 2005; Адмакин А.Л. с соавт., 2008; Klein G.L. et al., 2002; Burke A. et al., 2008].

В свете вышеизложенного становится очевидным, что для использования активной хирургической тактики больным с тяжелыми термическими поражениями, прежде всего имеет решающее значение профилактика и лечение ожогового шока, а также токсемии с ИОН и разработка оптимального состава средств для проведения инфузионно-трансфузионной терапии до- и в послеоперационном периоде.

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 01.01.001 Í 069).

Цель исследования: Оптимизация диагностики и усовершенствование методов лечения больных с тяжелыми термическими поражениями для выбора раннего оперативного вмешательства.

цг."Задачи исследования:

1. Изучить результаты лечения больных с тяжёлыми термическими поражениями, при использовании традиционных способов лечения.

™ Щц Разработать и оценить эффективность усовершенствованных методов лечения ожогового шока и раннего оперативного вмешательства у больных с тяжёлыми термическими поражениями. •

у Й- Провести сравнительную оценку традиционного и предложенного 'методов лечения больных с тяжёлыми термическими поражениями» ; ; ;

Объект и предмет исследования. Работа посвящена научному обоснованию эффективности предложенной усовершенствованной методики интенсивной терапии ожогового шока, для проведения активной хирургической тактики. Проанализировано лечение 189 больных с тяжелыми термическими поражениями и ожоговым шоком, из них у 145 пациентов проведено оперативное лечение.

Методы исследований: общеклинические, инструментальные и лабораторные исследования.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Тяжелые термические поражения, как правило, сопровождаются острыми расстройствами функций жизненно важных органов (кровообращения, дыхания) с летальными изменениями волеми и метаболизма (гиповолемиа, гиперкалиемиа, гипернатриемиа, метаболический ацидоз), приводящие к вовлечению в патологический процесс всех органов и систем с развитием ПОН.

2. Скорость развития ПОН прямо пропорциональна длительности развившегося ожогового шока и обратно пропорциональна времени начала и адекватности проводимой противошоковой терапии.

3. проведение своевременной адекватной противошоковой терапии позволяет выполнить некротомию и раннюю хирургическую некрэктомию с

одномоментной аутодермопластикой, в связи с чем укорачивается период токсемии, сокращаются сроки пребывания больных в стационаре, снижаются экономические затраты, уменьшается число осложнений и летальность.

Научная новизна. Обоснован тезис о том, что проявление синдрома ПОН прямо пропорционально продолжительности шока.

Определен ряд характерных для периодов ожоговой болезни объективных критерии нарушений гомеостаза и ПОН, опираясь на которые можно конкретно оценить тяжесть состояния тяжелообожженных и разработан оптимальный состав инфузионно-трансфузионной терапии для её коррекции, *

^ На основании проведенных клинических и лабораторных исследований предложена и патогенетически обоснована усовершенствованная схема интенсивной трансфузионной терапии, предусматривающая оптимальный количественный и качественный состав сред, включая соотношение кристаллоидных, коллоидных и бессолевых растворов. Данная схема существенно отличается от ранее известных. ; 1

Доказано, что оказание своевременной адекватной противошоковой терапии позволяет выполнить некротомию и раннюю хирургическую некрэктомию с одномоментной аутодермопластикой, что укорачивает период токсемии, уменьшает число осложнений и летальность. Щ|В

Научная и практическая значимость результатов исследования определяется тем, что дана качественная и количественная оценка: симптомов ожоговой болезни в зависимости от площади и глубины термического поражения. Обоснованы и рекомендованы для практического-применения . наиболее информативные показатели гомеостаза и ПОН, имеющие существенное диагностическое и прогностическое значение в - клинике ожоговой болезни. гц^Ш'u'• Щ

В клиническую практику внедрены усовершенствованные схемы интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, разработанные нами применительно к шоку, которые позволяют снизить частоту синдрома полиорганной недостаточности и процент неблагоприятных исходов на 6,84% (от 11,39 до 4,55%), благодаря чему у 78,18% обожженных представляется возможность выбора раннего оперативного вмешательства.

Предложенное нами усовершенствованное комплексное лечение ожогового шока и предоперационная подготовка в стадии острой ожоговой токсемии позволяет выполнить раннюю хирургическую некрэктомию с одномоментной аутодермопластикой, что уменьшает число осложнений, сокращает сроки пребывания больных в стационаре на 12,3±1,0 койко-дней, снижает экономические затраты и общую летальность с 13,92 до 5,45%, а также улучшает качество жизни пострадавших.

Реализация результатов. Результаты выполненных научных, исследований внедрены в практику работы Самаркандского филиала РНЦ^МПГ Материалы работы используются на лекциях и практических Занятиях кафедры хирургических болезней 6-7 курсов лечебного факультета СамГосМИ.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены: на заседании кафедры хирургических болезней 6-7 курсов СамГосМИ (декабрь, 2004 г.); на республиканской конференции Ассоциации судебных медиков РУз «Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины и медицинского права» (Самарканд, октябрь 2004 г.); на пленарном заседании I съезда комбустиологов России «Мир без ожогов» (Москва, октябрь 2005 г.); на международной конференции «Актуальные проблемы термической травмы», посвященный 60-летию ожогового центра НИИ скорой помощи им. И.Иджанелидзе (Санкт-Петербург, июнь 2006 г.); на республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: высокие технологии в экстренной медицине» (Ургенч, июнь 2006 г.); на республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы нозокомиальной инфекции в экстренной медицине» (Самарканд, май 2008 г.); на международной конференции «Актуальные проблемы неотложной и восстановительной медицины» (г. Ялта, июль 2008 г.); на пленарном заседании межреспубликанской научно-практической конференции «Актуальные проблемы лечения термических поражений и их последствий», посвященной 40-летию Белорусского республиканского ожогового центра (Минск, октябрь 2008 г.); на межкафедральной конференции сотрудников кафедр: общей хирургии, хирургических болезней 6-7 курсов с курсом урологии, факультетской и госпитальной хирургии, хирургии и анестезиологии-реаниматологии ФУВ и хирургических болезней педиатрического факультета (СамГосМИ, декабрь 2008 г.); на I съезде ассоциации врачей экстренной медицинской помощи (Ташкент, 4-5 июня 2009 г.).

Опубликованность результатов. По материалам диссертации опубликовано: 35 научных работ, из них 3 методические рекомендации, 4 журнальных статей, 5 журнальных сообщений, 18 тезисов. Оформлены и внедрены 3 рационализаторские предложения (№ 1286 от 6.04.2003 г.; № 1571-72 от 6.03.2008 г.). Получено 2 патента РУз (№ DGU 01575-76 от 28.08.2008 г.).

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Текст изложен на 135 страницах компьютерного текста, иллюстрирован 35 таблицами и 30 рисунками. Библиография включает 206 источника, из них 111 публикации стран СНГ и 95 иностранных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Глава 1. Современное состояние вопроса лечения больных с тяжелыми термическими поражениями. В данной главе приводится обзор отечественной и зарубежной литературы, посвященный современным взглядам и нерешенным проблемам диагностики и лечения тяжелой термической травмы. Указаны дискуссионные и нерешенные вопросы, требующие дальнейших разработок.

Глава 2. Общая характеристика собственных наблюдений и методов исследования. Настоящая работа посвящена анализу результатов обследования и хирургического лечения 189 больных с тяжелыми термическими поражениями и ожоговым шоком, поступивших и находившихся на лечении в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП МЗ РУз в период с 1999 по 2008 годы.

Исследованные больные в зависимости от используемого метода лечения были разделены на нижеследующие 2 группы:

I (контрольную) группу составили 79 больных, лечившихся в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП за период 1999-2001 гг., где им в комплексном лечении проводилась традиционная -противошоковая инфузионно-трансфузионная терапия (ИТТ) по схеме предложенной Wallace A.B. (1951) для детей и по формуле Evans E. (1952) для взрослых пострадавших, принятой во всем мире для лечения обожженных (РФ, США, Англия и др.).

II (основную) группу составили ПО пациентов с этой же патологией, поступившие в ожоговое отделение Самаркандского филиала РНЦЭМП за период 2002-2008 гг., где им проводилась усовершенствованная нами методика противошоковой ИТТ с инотропной и органопротекторной поддержкой в зависимости от нарушений функции жизненно-важных органов и ранняя активная хирургическая тактика.

В обследованную группу вошли пациенты в возрасте от 8 до 64 лет. Детей школьного возраста было 56 (29,62%), 133 (70,37%) больных были в возрасте от 16 до 64 лет. Среди наблюдаемых больных мужчин было 108 (57,14%), женщин - 81 (42,86%).

Наибольший удельный вес при ожогах у больных в качестве этиологического фактора имеют горячая жидкость (55,56%) и пламя (31,22%).

Подавляющее большинство пострадавших (84,65%) поступили в ожоговое отделение Самаркандского филиала РНЦЭМП уже в первые 6 часов после получения термической травмы.

Площадь ожогов у детей до 10 лет мы определяли по методу Lund С.С., Browder N.C. (1944). У детей, старше 10 лет и у взрослых пациентов, площадь поражения оценивали по общепринятому правилу «девятки» предложенный Wallace A.B. (1951), когда площадь всех частей тела обозначается числом процентов равным девяти; ω ; |

Глубину поражения | определяли в соответствии с 4-х степенной классификацией Вишневого А.Л. с соавт. (1960).

Площадь поражения и глубина повреждения кожных покровов у исследованных больных представлена в таблице 1.

Таблица 1
Исследованные больные с поверхностными и глубокими ожогами

Вид ожога	Площадь ожога (в %)	I группа		II группа		Всего	
		Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Поверхностные ожоги	11 - 20	6	50,0	9	47,37	15	~ 7 ^ 4 ~
	21 - 30	5	41,67	9	47,37	14	7,41
	31 - 40	1	8,33	1	5,26	2	1,06
	Итого:	12	100,0	19	100,0	31	16,41
Глубокие ожоги, л, УО	1 - 10	21	31,34	46	50,55	67	35,45
	11 - 20	39	58,21	33	36,26	72	38,10
	21 - 30	7	10,45	11	12,09	18	9,52
	31 - 40	—	—	1	1,10	1	0,53
	•Шгото:	67	100,0	91	100,0	158	83,59
Итого больных:		79	100,0	ПО	100,0	189	100,0

Как показал проведенный анализ у исследованных больных, поверхностные поражения кожи были всего у 31 (16,41%) больных обеих групп, из которых: 12 (15,19%) больных были из I группы, а 19 (17,27%) - составили больные II группы; у 16 из них наблюдались обширные ожоги кожных покровов, площадью от 21 до 40% поверхности тела — у 6 (19,35%) больных I группы, и у 10 (32,25%) больных II группы. Глубокие поражения мягких тканей имели место у 158 (83,59%) больных - 67 (84,81%) из I группы и 91 (82,73%) - II группы. У 91 из них площадь поражения занимала более 10% поверхности тела - 46 (58,23%) больных I группы и 45 (40,91%) - II группы.

Локализация и степень термических поражений у исследованных больных представлена в таблице 2.

Таблица 2
Локализация ожоговых ран

Локализации ожогов	Степени ожогов		Всего	
	I, II и III A	III B и IV	Кол-во	%
Голова, лицо, шея	1/2	1/3	7	3,70
Верхние конечности	-/1	19/21	41	21,69
Грудь	2/2	10/18	32	16,93
Живот	2/3	11/11	27	14,29
Ягодицы	V-	3/5	9	4,76
Нижние конечности	5/7	15/20	47	24,87
Множественные ожоги	1/4	8/13	26	13,76
Итого:	12/19	67/91	189	100,0

* - в числителе контрольная, в знаменателе основная группа больных.

Как видно из таблицы почти у 1/4 больных (24,87%) имелись ожоги нижних конечностей. Изолированные поражения лица и нижних конечностей

были характерны для контактных ожогов. Множественная локализация наблюдалась у 26 (13,76%) больных, получивших ожоги пламенем или кипятком. Обычно, у них имело место тяжелое течение ожогового шока. Особой разницы по локализации ожоговых ран по группам не было.

Еще одним компонентом, отрицательно влияющим на течение ожогового шока, кроме ПОН, оказались сопутствующие заболевания, выявленные у (36,7%) обследованного контингента больных. Наиболее часто выявляемыми из них были: гипертоническая болезнь - 12,70%, хронический бронхит, пневмосклероз - 9,52% и общий атеросклероз, коронарокардиосклероз - 6,35%. Частота и характер их по группам также не различались.

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

Всем больным с ожоговым шоком проводили общеклинические и инструментальные обследования: сердечно-сосудистой (ЭКГ, эхокардиография, ОЦК), респираторной (рентгеноскопия органов грудной клетки, фибробронхоскопия), функции печени, почек и желудочно-кишечного тракта (УЗИ, ЭГФДС, рентгеноскопия брюшной полости). Проводили биохимические анализы крови (сахар, общий белок, холестерин, билирубин, остаточный азот, калий и натрий, КОС, РН крови, дефицит буферных оснований (ШЕ), парциальное давление углекислого газа в капиллярной крови (PCO₂), АЛД, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза) и мочи.

Наличие синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) определяли по присутствию 2-х и более перечисленных признаков по R.Vone (1992). Наличие органной дисфункции определяли по J.C.Marshall (1995), развитие ПОН - по L.Doughty (1996).

Статистическая обработка материала проводилась путем вычисления средней арифметической (M), ее ошибки (т); среднего квадратического отклонения (O). Вероятность p полученных данных определялась функциями Excel: НОРМСТРАСП, СТЬЮДЕНТРАСП, ТТЕСТ.

Глава 3. Результаты лечения больных с тяжелыми термическими поражениями при использовании традиционных способов лечения и пути усовершенствования методов лечения ожогового шока для выбора раннего оперативного вмешательства. Традиционное лечение исследуемой I (контрольной) Группе пострадавших с ожоговым шоком (79 пациентов) складывалось из выполнения традиционной противошоковой ИТТ по схеме Wallace A.B. (1951) для детей и по формуле Evans E. (1952) для взрослых пострадавших и аутодермопластики (АДП) после консервативной подготовки ожоговых ран.

Для облегчения диагностики шока и определения степени его тяжести у больных контрольной группы мы пользовались индексом Франка (1960).

При ожогах с ИФ от 30 до 80 усл. ед у 42 (53,16%) больных, нами был диагностирован ожоговый шок I степени с неотягощенным анамнезом. У 12

больных с поверхностными ожогами отмечались сильная боль и жжение в местах ожога. Возбужденное состояние отмечалось у 39 пациентов. Частота пульса достигала 90-96 ударов в минуту у 28 больных, артериальное давление (АД) было повышено до 150/100 мм рт.ст. у 17 пациентов, у остальных - оказалось в пределах нормальных величин. Частота дыхания была 17-18 в минуту. Почасовой диурез составлял 45-50 мл. Гемоконцентрация не выявлена. Длительность шока составила от 12 до 24 часов.

При второй степени ожогового шока (тяжелая степень), которая наблюдалась у 28 (35,45%) больных контрольной группы при ИФ от 30 до 100 усл. ед, течение заболевания характеризовалось быстрым нарастанием заторможенности, адинамией при сохранении сознания (28 сл.), делирие-подобные состояния (9 сл.), с судорожным синдромом у 5 пациентов. Была отмечена выраженная тахикардия (до 100-110 ударов в мин.), показатели АД оставались нестабильными. У 10 больных ожоги кожи сочетались с термоингаляционной травмой (ТИТ). Больные испытывали жажду. У ряда из них, отмечались диспепсические явления. На этом фоне, наблюдался парез кишечника (16 сл.) и острое расширение желудка (5 сл.). Снижалось мочеотделение и выявлялась гемоконцентрация (гематокрит достигал 64/36 об.%). Начиная с первых часов после травмы, определялся умеренный метаболический ацидоз (pH $7,32 \pm 0,02$) с респираторной компенсацией. При температуре тела $35,5-36,0^{\circ}C$,⁴ у пострадавших отмечался озноб. Продолжительность шока составляла 36-48 часов.

Третья степень ожогового шока (крайне тяжелая степень) диагностирована у 9 (11,39%) больных при термическом поражении с ИФ 80-120 и более усл. ед, при сочетании ожога кожи с ТИТ. При этом, общее состояние больных оказывалось крайне тяжелым. Характерным являлось то, что через 2-3 часа после травмы сознание становилось спутанным, наступала заторможенность и сопор (6 сл.), кома выявлялась у 3-х пациентов. Пульс становился нитевидным, наблюдалась тахикардия, гипотония, дыхание было частым и поверхностным, с осиплостью голоса у 3 обожженных. У 5 больных отмечалась рвота, а у 2-х из них, цвета «кофейной гущи». У всех без исключения больных отмечался парез кишечника. У подавляющего большинства больных выявлялась олиго-, анурия, у 2-х из них макрогематурия. Гемоконцентрация достигала 70/30 об.%, на фоне гиперкалиемии ($6,78 \pm 0,5$ ммоль/л) выявлялся некомпенсированный смешанный ацидоз. Температура тела, чаще всего снижалась, достигая $35-35,5^{\circ}C$. Продолжительность шока составила 72 часов (8 сл.) и более (1 сл.). *ц*

Сравнительный анализ степеней шока показал, что при ожоговом шоке III степени наблюдается выраженная гемоконцентрация ($Ht - 68,5 \pm 2,0$ об.%) по сравнению с I степени шока ($57,0 \pm 1,0$ об.%, $p < 0,05$); что подтверждает зависимость тяжести ожогового шока от площади и глубины поражения, что напрямую связано с показателем плазмопотери. Дефицит оснований при III степени ожогового шока почти в 2 раза превышал таковой у больных с I степенью ожогового шока ($-15,5 \pm 0,2$ и $-8,3 \pm 0,2$ ммоль/л соответственно, $p < 0,05$). Сравнительная гиперкалиемия ($7,0 \pm 0,005$) наблюдаемая при III степени

ожогового шока, свидетельствовала о повышенном распаде тканей, почечной недостаточности (олигурии, анурии), обезвоживании и гипофункции коры надпочечников. Гипонатриемия при III степени ожогового шока ($130 \pm 1,5$ ммоль/л), подтверждает поражение почек, нарушение реабсорбции и недостаточности надпочечников при ожоговом шоке. Сравнительная гипопроотеинемия ($59,5 \pm 0,3$ г/л) и повышение уровня трансамиказ (АЛД, АСТ, АЛТ) -при III степени шока ($12,3 \pm 0,6$, $60,5 \pm 1,0$ и $75,5 \pm 1,0$ ммоль/(ч.л) соответственно, $p < 0,05$) по сравнению с 1-ой ($10,0 \pm 0,5$, $38,0 \pm 0,1$ и $46,0 \pm 0,1$ ммоль/(ч.л) соответственно), показывает более глубокое угнетение и нарушение функции печени (дисфункции печени) при тяжелом ожоговом шоке. Соотношение эфиров холестерина к общему холестерину (коэффициент эстерификации) снижалась при тяжелом ожоговом шоке ($0,20 \pm 0,1$) по сравнению с легким ожоговым шоком ($0,5^{\circ}Ю,3$, $p < 0,05$) почти в 2,5 раза, что свидетельствовало о более глубоком токсическом поражении печени, а также нарушении обмена веществ. pp @p|

Изучение частоты органно-системных поражений у контрольной группы больных показало, что ПОН выявлялся у всех (100%) обожженных. При, этом, в большинстве случаев - 70 (88,61%), выявлялись сочетание дисфункции трех более органов и систем.

Так, у 51 (64,56%) больных с ожоговым шоком и синдромом ПОН выявляли поражение центральной нервной системы, в большинстве случаев (64,56%), в виде интоксикационного делирия или нарушений сознания (возбуждение, заторможенность, сопор, кома).

С одинаково высокой частотой у обожженных развивались поражения респираторной системы — в 55 (69,62%) сл. и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — в 50 (63,29%) сл., приводящие к гипоксии, нарушению метаболических процессов и водно-электролитного обмена, имеющие первостепенное значение в развитии тяжелого течения ожогового шока.

Следующим по частоте были поражения сердечно-сосудистой системы (ССС), которая выявлялась более чем у половины больных - 56 (70,89%). Обычно, она появлялась на ранних стадиях ожогового шока и имела гипоксически-метаболический генез. У 54 (68,35%) больных развивался синдром почечной и у 42 (53,16%) печеночной недостаточности.

Наиболее значимым синдромом в разгар развития ПОН, является синдром кишечной недостаточности. Функциональная недостаточность органов ЖКТ выражалась токсическим парезом желудка и кишечника, образованием сАрых эрозий или язв пищевода, желудка, 12-ти перстной кишки и трёхкожного кишечника, нередко осложненных развитием кровотечения (в 12 сл.).

Исследования показали, что тяжесть термической травмы является ведущим фактором в развитии ожогового шока и нарушений со стороны жизненно-важных органов и систем (ПОН); продолжительность течения ожогового шока и ПОН, во многом является определяющим исход лечения.

Исходя из этого, в комплекс традиционных лечебных мероприятий выполняемый у исследованных больных контрольной группы входило:

исхода является ПОН и сепсис. *Й

Резюмируя результаты лечения пострадавших контрольной группы, следует отметить, что использование традиционных методов противошоковой ЩТ, оказались явно недостаточными для выведения пострадавших из шока и ликвидации ЙОН, как у взрослых, так и у детей. Из-за тяжелого состояния обожженных (выраженности проявлений ПОН), оперативное лечение было проведение среднем на $26,5 \pm 1,0$ сутки с момента поступления больных в стациЩйар. Исходя из этого, возникла острая необходимость усовершенствования имеющихся в арсенале комбустиологов противошоковой ЩТ, с использованием новых лекарственных препаратов инотропной и органопротекторной поддержки, а также путей к проведению раннего оперативного вмешательства у данного контингента больных.

Глава 4. Эффективность усовершенствованных методов лечения ожогового шока и раннего оперативного вмешательства у обожженных больных и их сравнительная оценка с традиционным лечением. В соответствии с поставленной целью и задачами исследования, основную группу составили 110 пациентов, поступившие в ожоговое отделение Самаркандского филиала РНЦЭМП за период 2002-2008 гг. Им проводилась противошоковая ИТТ и предоперационная подготовка в ^ стадии токсемии по усовершенствованной методике и ранняя активная хирургическая тактика.

В процессе изучения патогенеза развития ожогового шока у 110 больных основной группы, нами, на основании клинко-лабораторных показателей были определены ряд объективных критериев, опираясь на которых можно было бы более конкретно оценить тяжесть состояния пострадавших и разработать оптимальной состав ИТТ для ее коррекции. К ним отнесли нижеследующие показатели: частота сердечных сокращений (ЧСС), АД, ЦВД, температура (t°) тела, диурез, наличие ПОН, уровень гемоглобина, гематокрита и др.

Полученные данные были подвергнуты статистической обработке, благодаря которой, были определены степени тяжести (I - легкий, II - тяжелый, III - крайне тяжелый) ожогового шока у данного контингента больных, а также были установлены нормативные величины и доверительные интервалы каждого из приведенных выше критериев (табл. 3). ВД**

Как видно из таблицы 3, ведущими клинко-физиолргическими признаками ожогового шока были: гиповолемия, гемоконцентрация и олигоанурия. Под воздействием термических факторов и ожогового шока у данного контингента больных развивались: повышение проницаемости сосудистых мембран (синдром «капиллярной утечки»), спазм микрососудов и ухудшение коагулологических и реологических свойств крови (ДВС-синдром), замедление и прекращение кровотока в микроциркуляторном русле (синдром депонирования и секвестрирования крови). Ответственные за эти изменения факторы воспаления и проницаемости: ^ гистамин, кинины, серотонин, свободные радикалы, простагландины, липазы, эндопероксидазы й др., оказывались существенно повышенными. Это, ухудшало течение и прогноз заболевания.

Таблица 3

Диагностические критерии ожогового шока I-III-степени при поступлении

Признаки	Шок I степени (n=60)	Шок II степени (n=39)	Шок III степени (n=11)
1. Нарушения поведения или сознания.	Возбуждение 58 больных (96,67%)	Оглушение и заторможенность 37 больных (94,87%)	Сопор и кома 10 больных (90,91%)
2. Изменения гемодинамики: А) ЧСС (мин) Б) АД систолическое (мм рт.ст.) В) ЦВД (см вод.ст.) Г) микроциркуляция	79-88 ($81,2 \pm 1,0$) 107-115 ($110,0 \pm 3,1$) 10-6 ($7,5 \pm 0,5$) нормальность	89-102 ($95,2 \pm 1,5$) 105-80 ($95,1 \pm 5,0$) 5-0 ($1,0 \pm 0,4$) спазм	135 \pm 2,0 90 \pm 5,0 отрицательное акроцианоз
3. Дизурические расстройства: А) диурез (мл/ в сутки) Б) цвет мочи	1410-1207 ($1300,0 \pm 10,2$) норма	1060-870 ($1000,1 \pm 25,4$) концентрированная	630-75 ($450,2 \pm 68,7$) гематурия
4. Нt (об. %)	36-45 ($41,3 \pm 0,5$)	48-55 ($50,0 \pm 0,8$)	57-64 ($60,0 \pm 1,0$)
5. Температура ($^{\circ}$ C)	36,0 \pm 0,5	36,6 \pm 0,5	35,5 \pm 0,5
6. Симптом белого пятна (сек)	1,5 \pm 0,5	2,0 \pm 0,5	4 \pm 0,5
7. Метаболические расстройства рН	BE -5 \pm 0,5 ммоль/л 7,35 \pm 0,01	BE -10 \pm 1,0 ммоль/л 7,31 \pm 0,01	BE -12 \pm 0,5 ммоль/л 7,26 \pm 0,02
8. Расстройства функции ЖКТ: А) Рвота Б) Парез кишечника (метеоризм) В) Кровотечения из ЖКТ Г) Дисфункция печени	нет нет нет нет	5 больных (12,82%) 30 больных (76,92%) нет умеренная	10 больных (90,91%) 11 больных (100%) 3 больных (27,27%) выраженная

Примечание. Для более достоверной диагностики тяжести ожогового шока, учитывали значения сразу нескольких (не менее трех) признаков.

Проведенный нами мониторинг изучаемых клинико-лабораторных показателей с очевидностью показал, что наиболее демонстративными в плане оценки тяжести ожогового шока и эффективности лечения легко определяемыми являются: гематокрит крови (определяемый через каждые 8 часов), почасовой диурез, кислотно-основное состояние крови (определяемый через 6-8 часов), артериальное давление и центральное венозное давление (ежечасно). Использование этих - объективных диагностических критериев в клинической практике, позволили нам осуществлять более адекватный подбор необходимой схемы противошоковой инфузионно-трансфузионной терапии, позволяющей не только выведению больных из этого тяжелого состояния с коррекцией имеющейся ПОИ, но и сократить срок пребывания данного контингента в реанимационном отделении (на 2-3 дня).

Следовательно, ранняя диагностика и адекватно проведенная интенсивная терапия ожогового шока, являются тем неперенным условием, которая может предотвратить развитие тяжелого шока и ПОН, тем самым улучшить результаты лечения данного контингента больных. Важным звеном, в этой цепи патогенетической терапии, является выбор оптимального состава и необходимого количества проводимой противошоковой инфузионной терапии для их лечения.

В связи с этим, в процессе выполнения настоящей работы нами усовершенствованы и стандартизированы схемы необходимой ИТТ, пригодные к использованию на всех этапах медицинской эвакуации из первичного звена (СВП, субфилиалы) до лечения в специализированных отделениях.

Так, в разработке рекомендаций по инфузионной терапии ожогового шока у детей школьного возраста, мы учитывали клинические данные, характеризующие тяжесть шока, возраст и вес больного, показатели гематокрита, ОЦК, КОС и ионограммы плазмы крови. Предложенная нами и используемая ориентировочная схема суточного расчета количества жидкости, необходимой для выведения из шока детей школьного возраста, представлена в таблице 4.

Таблица 4

Примерный расчет суточного количества жидкости, переливаемой при ожоговом шоке у детей школьного возраста

Возраст детей	Масса тела больного, в кг	Степень шока		Физиол. потребности
		I	II и III	
8-10 лет	30-35	70 (мл)	80-90 (мл)	70 (мл)
10-16 лет	35-55	80 (мл)	90-100 (мл)	40 (мл)

Следует отметить, что суточная физиологическая потребность в жидкости не входит в расчет инфузионной терапии шока у детей. Поэтому, больным перорально давали щелочные растворы, чай и 5%-ный раствор глюкозы в зависимости от возраста, из расчета 40-70 мл/кг в сутки.

Для подсчета объема и качественного состава инфузий в периоде ожогового шока у взрослых пациентов, нами усовершенствована предложенная Эвансом формула.

При этом, 2/3 этого объема переливали уже в первые 8 часов после травмы. Кристаллоиды составили $2/3^{1/2}$ указанного объема, коллоидные препараты соответственно - $1/3-1/2$, в зависимости от степени тяжести шока. Кроме того, вводили еще около 2 л 5% раствора глюкозы для покрытия расходов на испарение.

*ЦМ**

В состав противошоковой ИТТ, также входило внутривенное введение глюкозо-новокаиновой смеси (0,25%-ный раствор новокаина и 5%-ный раствор глюкозы в соотношении 1 : 1). Смесь вводилась в 2-3 раза в день в следующей дозировке: при возрасте 8-10-лет - 100-150 мл, 10-15 лет и старше - 150-200 мл.

На 2-е сутки ожогового шока, объем внутривенных инфузий уменьшали в 2 раза, на 3-й сутки - до 1/3 от первоначально установленного объема. Для осуществления этого правила, всем обожженным в среднетяжелом и тяжелом ожоговом шоке производили катетеризацию центральной вены.

Видоизмененную нами формулу Эванса следует рассматривать в качестве ориентировочной установки. В дальнейшем, объем и темп введения лечебных средств корректировался на основании показателей диуреза, гематокрита, гемоглобина, пульса, ЦВД и АД в динамике.

Исследования показали, что при тяжелом ожоговом шоке, при поздно начатой терапии бывает невозможно поддерживать АД выше 90 мм рт.ст. введением кристаллоидов и коллоидов в расчетных количествах. В таких случаях мы считали нецелесообразно увеличивать объем вводимых жидкостей, так как это может привести к увеличению интерстициальной и внутриклеточной жидкости, миокардиальной недостаточности, на что указывали высокие значения ЦВД, а применить препараты инотропного действия (допамин в дозе 5-10 мкг/кг/мин). В этой дозировке допамин улучшает сократимость миокарда и увеличивает сердечный выброс. В дозировке 1-3 мкг/кг/мин он способствует улучшению перфузии почек.

С целью улучшения реологических свойств крови и профилактики внутрисосудистого диссеминированного микротромбоза мы у 35 больных также применяли гепарин по 5000 ед через 4 ч с последующей коррекцией дозы для поддержания времени свертывания крови по Ли-Уайту в пределах 15-20 мин.

В качестве энергоносителя и профилактики жировой эмболии, пневмонии 27 больным назначали в/венно алкоголь по 20-30 мл 33% спирта 3 раза в день. Широко использовали витаминотерапию:

- витамин С — по 20 мл 5% раствора 2-3 раза в сутки;
- витамин В⁶ В¹² - по 5 мл 2,5% раствора тиамин хлорида и 1% раствора пиридоксина гидрохлорида 2 раза в сут;
- витамин В¹² - по 200 мкг 1 раз в сут;
- рибоксин - по 10 мл 2% раствора 3-4 раза в сут;

Для улучшения деятельности сердечно-сосудистой системы при миокардиальной недостаточности (ЦВД > 12 см вод. ст., признаки отека легких) использовали сердечные гликозиды, гормоны.

Благоприятное влияние на микроциркуляцию при олигурии у 17 больных

оказывало внутривенное введение 2,4% раствора эуфиллина с 20% раствора глюкозы на фоне адекватной инфузионной терапии.

Н В*борьбе с уменьшением сосудистой проницаемости и плазмотерии в Иншпей 'практике особое внимание уделяли препаратам ГЭК и введению новокаина внутривенно (0,125% раствор 125-150 мл). Внутривенное введение слабого раствора новокаина не только уменьшает сосудистую проницаемость, И8 Ш улучшает микроциркуляцию.°

Следует отметить, что у 32 больных с глубокими ожогами 30-45% поверхности тела, несмотря на нормализацию ОЦК, оставались упорными гипотония и обильная плазмотерия (рефрактерный шок). В этих случаях мы применяли введение преднизалона в/венно и капельное введение допамина.

У 39 больных с олигоурией на фоне инфузионной терапии и восполнения ОЦК применялись осмотические диуретики: маннитол (1 г сухого вещества на 1 кг массы) в/венно в 15-30% растворе с последующим переходом на петлевые диуретики (лазикс 3-5 мг/кг в сутки). Обнаружено, что чем раньше применялись диуретики, тем выраженнее был их эффект.

Как показали наши исследования, при тяжелом шоке у больных развивается метаболический ацидоз, который купировался внутривенным Введением 4%-ного раствора бикарбоната натрия. При расчете необходимых количеств ориентировались на показатели ВЕ ((ВЕ x вес больного) : 2 = мл).

У 38 больных с обширными ожогами с целью улучшения обмена веществ применялась кокарбоксилаза гю 10-15 мг внутривенно. Для предупреждения прогрессирующего распада тканей 52 больным применяли ингибитор протеаз - контрикал (200-300 ед наД кг массы в сутки) или тразилол 2500-5000 ед на 1 кг массы в сутки капельно внутривенно.

Во всех случаях мы считали необходимым оксигенотерапию.

Резюмируя вышеизложенное, следует отметить, что наши исследования позволили разработать рабочую схему инфузионной терапии ожогового шока легкой, тяжелой и крайне тяжелой степени (табл. 5, 6).

Исследования показали, что рекомендуемая нами схема ИТТ, включающая введение кристаллоидных, коллоидных и бессолевых растворов, обеспечивала адекватную коррекцию нарушений электролитного баланса, имеющих место при шоке, что было доказано клинико-лабораторными исследованиями.

Так, количество эритроцитов, начиная с 1 суток до выхода из состояния шока (2-3-е сутки) уменьшается ($5,0 \pm 100 \times 10^9 /л$), что свидетельствует о депонировании и секвестрировании их, а также связано на наш взгляд с умеренной гемодилюцией после проведенной инфузионно-трансфузионной терапии. ЦВД ко вторым суткам с момента травмы было $8,83 \pm 2,53$ см. вод.ст., то есть данный показатель нормализовался. Также отмечено повышение общего белка ($59,5 \pm 1,5$ г/л) и альбуминов ($52,1 \pm 0,1$ %) на 3-е сутки лечения.

Таблица 5

Рабочая схема инфузионной терапии ожогового шока легкой степени

Вид инфузионной терапии	Препараты	От 8 до 10 лет			От 10 до 16 лет		
		Среднее почасовое введение препаратов, в процентном отношении*			Среднее почасовое введение препаратов, в процентном отношении*		
		первые 12 ч	13-24 ч	25-48 ч	первые 12 ч	13-24 ч	25-48 ч
Кристаллоидные растворы	0,9% раствор хлористого натрия, раствор Рингера, 4%-ный раствор бикарбоната натрия.	42,8	42,8	33,4	24,4	33,3	33,3
		14,2	14,3	11,2	14,2	11,2	16,6
Коллоидные растворы	Плазма (сухая) нативная. Полиглоктин, реополиглюктин (ГЭК).	14,3	14,3	22,1	13,1	22,1	16,7
		21,4	28,6	27,7	22,4	33,3	25,0
Бессолевые растворы	10%-ный раствор глюкозы 0,125% раствор новокаина	7,2	-	5,7	5,5	-	8,4
		1/2	1/2	2/3	1/2	1/2	2/3
Часть жидкости к суточному объему		1,5:1:1	1,5:1:1	1:1:1	2:1:1	1:1:1	1:1:1
Соотношение кристаллоидных, коллоидных и бессолевых р-ров		1,5:1:1	1,5:1:1	1:1:1	2:1:1	1:1:1	1:1:1

* Процент от количества жидкости, вводимой за данный промежуток времени. Суточное количество ориентировочно составляет 70-мл на 1 кг массы тела.

Рабочая схема инфузионной терапии ожогового шока тяжелой и крайне тяжелой степени

Вид инфузионной терапии	Препараты	От 8 до 10 лет			От 10 до 16 лет				
		Среднее почасовое введение препаратов, в процентном отношении*			Среднее почасовое введение препаратов, в процентном отношении*				
		первые 12 ч	13-24 ч	25-48 ч	49-72 ч	первые 12 ч	13-24 ч	25-48 ч	49-72 ч
Кристаллоидные растворы	0,9% раствор хлоридного натрия или раствор Рингер-Локка; 4%-ный раствор бикарбоната натрия.	50	40	11,5	23,3	41,6	25,2	30,0	24,7
		-	-	5,0	5,0	-	-	9,2	1,0
Коллоидные растворы	Кровь (эрит. масса) Плазма (сухая) нативная. Полиглокин, реополиглокин (ГЭК), рефортан, стабизол.	10,0	10,0	-	10,0	10,4	12,0	9,2	12,2
		10,0	15,0	25,5	28,3	10,4	13,0	9,2	11,2
Бессолевыe растворы	10%-ный раствор глюкозы 0,125% раствор новокаина	20,0	20,0	30,5	33,3	16,6	20,8	30,0	33,4
		5,0	5,0	2,8	-	8,4	4,2	3,4	-
Часть жидкости к суточному объёму		1/2	1/2	2/3	2/3	1/2	1/2	2/3	2/3
Соотношение кристаллоидных, коллоидных и бессолевых р-ров		2:1:1	2:1:1	1:1:1	1:1:1	2:1:1	2:1:1	1:1:1	1:1:1

* Процент от количества жидкости, вводимой за данный промежуток времени.
Суточное количество ориентировочно составляет 100 мл на 1 кг массы тела.

Показатели общего ($4,5 \pm 0,8$ ммоль/л) и свободного ($2,95 \pm 0,3$ ммоль/л) холестерина на вторые сутки лечения в 2 раза превышали начальные цифры, что свидетельствовало о восстановлении функции печени, а также обмена веществ.

Таким образом, результаты исследования подтвердили, что инфузионно-трансфузионная терапия в усовершенствованном варианте схемы Эванса была более эффективной, чем при самой схеме Эванса. В процессе лечения это проявилось стабилизацией ЦВД ($9,16 \pm 1,98$, $p < 0,05$), нормализацией артериального давления и лабораторных показателей.

В отличие от показателей выживших больных, у 5 умерших больных также восстанавливались показатели гомеостаза, но обширные глубокие ожоги (60-70% п.т.) в сочетании у 2 из них с ТИТ явились причиной летальной исхода (острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность), «кИг

Сравнительная характеристика структуры органной дисфункции у обожженных контрольной и основной группы приведено в таблице 7

Таблица 7
ад., Сравнительная характеристика структуры органной дисфункции Я!

Системы	I группа (n=79)	II группа (n=110)
Респираторная	55 (69,62%)	51 (46,36%)
Сердечно-сосудистая	56 (70,89%)	61 (55,45%)
ЦНС	51 (64,56%)	45 (40,91%)
Почки	54 (68,35%)	43 (39,09%)
Печень	42 (53,16%)	32 (29,09%)
ЖКТ	50 (63,29%)	32 (29,09%)
Гемостаз	21 (26,58%)	19 (17,27%);

Как видно из таблицы 7, после ИТТ по усовершенствованной методике, частота респираторной дисфункции уменьшилась на 23,26%, сердечно-сосудистой - на 15,44%, ЦНС - на 23,65%, синдром почечной и печеночной недостаточности соответственно на 29,26 и 24,07%, а поражения ЖКТ - на 34,2%. ЧЧЕЖ

В конечном итоге противошоковая ИТТ по усовершенствованной методике позволила раннее выведение больного из ожогового шока, следовательно, выполнить оперативные вмешательства в более ранние сроки, что, в свою очередь явилось профилактикой сепсиса и ПОН.

В ходе исследования выполнено 108 ранних хирургических некрэктомий (РХН) 86 пациентам. Средний срок предоперационной подготовки с момента травмы в среднем составлял $9,1 \pm 1,0$ суток.

Одномоментно РХН производилась на площади от 2 до 15% поверхности тела, средняя, площадь составила $10,5 \pm 0,5\%$ п.т. Закрытие всех глубоких дефектов за 1 этап было осуществлено у 57 (66,28%) пациентов. У 29 пациентов РХН осуществлялось в 2 этапа (33,72%). Площадь глубоких ожогов в данной группе составляла от 20 до 35% п.т. Одновременное аутопластическое закрытие ран выполнено у 67 (77,91%) больных.

благодаря, - чему у 78,18% больных выполнена ранняя хирургическая некрэктомиа с одномоментной аутодермопластикой, с благоприятным исходом.

5. После активной противошоковой терапии у больных с глубокими ожогами, становится возможным ранняя хирургическая некрэктомиа с одномоментной аутодермопластикой, что способствует сокращению пребывания больных в стационаре на $12,3 \pm 1,5$ койко-дней, снижению послеоперационных осложнений и летальности.

Практические рекомендации

ЩЩ 1. У большинства больных с тяжелой ожоговой травмой неблагоприятные исходы возможно предотвратить, используя на первом этапе (в СВП, субфилиалах) все лечебные мероприятия согласно нашей схемы, которые могли бы оказать положительное влияние на компенсаторные механизмы. Больной транспортируется в первые сутки после получения травмы. В более поздние сроки развитие ПОИ не позволяет осуществить перегоспитализацию обожженного больного без осложнений.

•f&t: 2. Рекомендуемая нами схема инфузионно-трансфузионной терапии для выведения больных из ожогового шока: при ожоговом шоке легкой степени (ИФ до 59) переливаем жидкость из расчета 70 мл/кг массы в сутки, при тяжелом и крайне тяжелом (ИФ > 120) - 100 мл/кг у детей. Расчет внутривенных инфузий для взрослых в периоде ожогового шока целесообразно проводить по усовершенствованной нами схеме Evans, что в большей степени способствует устранению возникающих в период шока нарушений гемодинамики.

3. Усовершенствованное комплексное лечение ожогового шока и предоперационная подготовка в стадии острой ожоговой токсемии позволяет выполнить более раннюю хирургическую некрэктомию с одномоментной аутодермопластикой (на 5-7. сутки), что уменьшает число осложнений и летальность (2,5-3 раза), сокращает сроки пребывания больных в стационаре (на $12,3 \pm 1,5$ койко-дней), снижает экономические затраты, а также улучшает качество жизни пострадавших.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Садыков Р.А., Хакимов Э.А. Наш опыт лечения ожогового шока у детей // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2003. - №3 (30). - С 43-45.

2. Хакимов Э.А. Основные принципы интенсивной терапии в период полиорганной недостаточности у больных ожоговым шоком // Вестник врача. - Самарканд, 2008. - №1. - 2008. С. 39-43.

3. Хакимов Э.А. Методы сбережения крови у больных с тяжелой термической травмой // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2008. - №4 (55). - С. 72-77.

4. Хакимов Э.А. Эффективность энтерального питания при ожоговой болезни // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - Донецк, 2009. - №1. - Т. 10. - С. 72-74.

5. Хакимов Э.А., Карабаев Х.К. Ожоговый шок у детей // Узбекистан, хирургияси. — Ташкент, 2003. — №3 (19)- — С. 11 Г.

6. Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Исмати О.Ф. Эффективность интенсивной терапии детей с обширными ожогами в острой стадии ожоговой болезни // Скорая медицинская помощь. — Санкт-Петербург, 2006: — №3. — Т.7. — С.196.;

7. Турсунов Б.С, Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Абдуллаева М.Н. Вторичные послеожоговые пневмонии у детей // Скорая медицинская помощь. - Санкт-Петербург, 2006. - №3. - Т.7. - С. 213.

8. Хакимов Э.А. Эффективность некрэктомии и аутодермопластики при острой ожоговой токсемии // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - Донецк, 2008. - №3. - Т.9. - С. 461.

9. Хакимов Э.А., Шатров Б.М. Лечебная коррекция синдрома полиорганной недостаточности у обожженных // Вестник неотложной и восстановительной медицины. - Донецк, 2008. - №3. - Т.9. - С. 461-462.

10. Хакимов Э.А. Ожоговый шок и летальность обожженных детей // «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: травмы и их медико-социальные последствия»: Тез. докл. II Респ. научно-практ. конф. 8, ноября, 2002. - Ташкент, 2002. - С. 313-314.

И. Карабаев Х.К., Садыков Р.А., Турсунов Б.С, Хакимов Э.А., Тагаев К.Р. Желудочно-кишечные кровотечения при ожоговой болезни // «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: проблемы кровотечений в экстренной медицине»: Тез. докл. III Респ. научно-практ. конф. 7-8 ноября, 2003. - Ташкент, 2003. - С. 234-235.

12. Аллазов С.А., Хакимов Э.А., Бобокулов Н.А. Интенсивная терапия почечной недостаточности при ожоговом шоке у детей // «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: критические состояния в клинике внутренних болезней и педиатрии»: Тез. докл. IV Респ. научно-практ. конф. 12 июня, 2004. - Ташкент, 2004. - С. 336-337.

13. Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р. Ожоговый шок у детей // Сб. науч. тр. I Съезда комбустиологов России «Мир без ожогов», Москва, 17-21 октября, 2005. - С.56-57.

14. Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р., Кенжемуродова К.С. Послеожоговая анемия у детей // Сб, науч. тр. I Съезда комбустиологов России «Мир без ожогов», Москва, 17-21 октября, 2005. - С. 57.

15. Хакимов Э.А. Неотложная гастроэнтерологическая помощь при ожоговой болезни // «Гастроэнтерология ва диетологиянинг долзарб муаммолари», респ. илмий-амалий анжумани материаллари, Ургенч, 14-15 ноябр, 2005 й. 112 б.

16. Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А., Кенжемуратова К.С. Гематологические показатели крови у обожженных детей // «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: высокие технологии в экстренной медицине»: Тез. докл. VI Респ. научно-практ. конф. 10 июня, 2006. - Ургенч, 2006. - С. 250-251.

17. Хакимов Э.А., Ахтамов Ж.А., Карабаев Х.К. Комплексная интенсивная терапия детей с обширными ожогами // «Актуальные проблемы организации

экстренной медицинской помощи: высокие технологии в экстренной медицине»: Тез. докл. VI Респ. научно-практ. конф. 10 июня, 2006. - Ургенч, 2006. - С. 542-543.

18. Хакимов Э.А., Турсунов Б.С. Ожоговая болезнь. Патогенез, клиника и лечение ожогового шока. Методические рекомендации. - Самарканд, 2006. - 20 с.

19. Турсунов Б.С., Хакимов Э.А. Куйиш ва куйиш касалиги. Услубий тавсия. — Самарканд, 2007. - 19 б.

20. Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А. и др. Особенности диагностики нозокомиальных пневмоний у больных с ожогами // «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы нозокомиальной инфекции в экстренной медицине»: Тез. докл. VIII Респ. научно-практ. конф. 28 мая, 2008. - Самарканд, 2008. - С. 186-188.

21. Хакимов Э.А., Турсунов Б.С., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р. Диагностика и лечение ожогов. Методические рекомендации. — Самарканд, 2008. — 22 с.

22. Хакимов Э.А. Диагностика и лечение осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта у обожженных // Сб. науч. трудов Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова. - Москва, 2008. - С. 288-290.

23. Хакимов Э.А. Энтеральное питание как метод сбережения крови у тяжелообожженных // Сб. науч. трудов Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова. - Москва, 2008. - С. 290-295.

24. Хакимов Э.А. Наш опыт местного лечения ожоговых ран // Сб. науч. трудов Московской медицинской академии Им. И.М.Сеченова. — Москва, 2008. - С. 296-297.

25. Карабаев Х.К., Кенжемуратова К.С., Хакимов Э.А. Эффективность энгерального питания при ожоговой болезни // Актуальные проблемы лечения термических поражений и их последствий: Тез. докл. Респ. научно-практ. конф. 3-5 октября, 2008. - Минск, 2008. - С. 48-49.

26. Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Кенжемуратова К.С., Шакиров Б.М. Стандарты интенсивной терапии при тяжелом и крайне тяжелом ожоговом шоке // Актуальные проблемы лечения термических поражений и их последствий: Тез. докл. Респ. научно-практ. конф. 3-5 октября, 2008. — Минск, 2008. - С. 49-50.

27. Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р. Способ оценки тяжести ожогового шока у детей. // Актуальные проблемы лечения термических поражений и их последствий: Тез. докл. Респ. научно-практ. конф. 3-5 октября 2008. - Минск, 2008. - С 51-52.

28. Шакиров Б.М., Хакимов Э.А., Карабаев Х.К. и др. Ранняя хирургическая тактика в комплексном лечении больных с глубокими ожогами конечностей // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2009. - №4 (59). - С. 58-59.

29. Карабаев Х.К., Хакимов Э.А., Тагаев К.Р. и др. Результаты лечения тромбозомболии легочной артерии при термической травме // Проблемы биологии и медицины. - Самарканд, 2009. - №4 (59). — С 33-34.

30. Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Шакиров Б.М. и др. Подготовка глубоких ожоговых ран к аутодермопластике // Мат. I съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи. — Ташкент, 4-5 июня, 2009. - С 248-250. 2" L.

31. Хакимов Э.А., Турсунов Б.С., Очилов У.Б., Турсунова Ф.Б. Оценка тяжести ожогового шока «OJOG-T» // Государственное патентное ведомство РУз. Свидетельство № DGU 01575. 28.07.2008 г.

32. Очилов У.Б., Турсунов Б.С., Хакимов Э.А., Рузиев С.А. Расчет степени ожогового шока «Grad-2" // Государственное патентное ведомство РУз. Свидетельство № DGU 01576. 28.07.2008 г.

33. Аллахов С.А., Хакимов Э.А. Метод дезинтоксикации при ожоговой токсемии раствором гипохлорита натрия. Рац. предложение выдано СамГосМИ, №1286,6.04.2003 г., Самарканд.

34. Хакимов Э.А. Способ местного лечения ожоговых ран. Рац. предложение выдано СамГосМИ, №1571,6.03.2008г., Самарканд.

35. Хакимов Э.А. Способ снижения кровопотери при некрэктомии на конечностях у обожженных. Рац. предложение выдано СамГосМИ, №1572, 6.03.2008 г., Самарканд.

Соискатель:

RESUME

Thesis, of E.A. Hakimov on the scientific degree competition of the doctor of philosophy in medical sciences in speciality 14.00.27 surgery, subject: "Improvement of diagnostics and methods of treatment of patients with severe thermic trauma Tor active surgical tactics". • |

Key words: burn disease, burn shock, surgical treatment of deep burns.

'Subject of the injury: 189 patients with sever thermic injury and burn shock.

Aim of the inquiry: improvement of diagnostics and methods of treatment of patients with severe thermic injuries for choice of early operative interference.

Methods of investigation: general clinical, instrumental and laboratory investigations.

The results achieved and their novelty: On the basis of carried out clinical and laboratory investigations improved scheme of intensive transfusion therapy, providing optimal quantitative and qualitative contents of media including correlation of crystalloid, colloid solutions and solutions not containing salt has been proposed and path genetically motivated. It has been proved that rendering timely adequate antishock therapy makes it possible to perform necrotomy and early surgical necrotomy with single moment autodermoplasty that shortens the period of toxemia, decreases the number of complications and lethality.

Practical value: The most informative indexes of homeostatic and PON being of vital diagnostic and prognostic importance in clinic of burn disease have been motivated and recommended for practical use. Improved schemes of intensive infusion transfusion therapy, developed with reference to shock have been in introduced in to clinical practice. They will make it possible to decrease frequency of polyorganic insufficiency syndrome and percentage of unfavorable outcome on 6,84% (from 11,39 to 4,55), due to this feet 78,18% of patients with burns will be able to choose early operative interference.

Degree of embed and economic effectivity: The main paits of the their have been introduced into clinical practice of Combustiology Department of Samarkand branch of RSCUMA

Sphere of usage: Combustiology, Reanimatology.

Автор приносит свою признательность и искреннюю благодарность коллективу кафедры хирургических болезней 6§ курсов СамГосМИ, ныне покойному, научному руководителю Заслуженному работнику Здравоохранения РУз, профессору Турсунову Бахрон Саламовичу, научному консультанту профессору Карабаеву Худойберди Карабаевичу, ассистенту Тагаеву Камилджон Рузибаевичу, а также директору Самаркандского филиала РНЦЭМП Ахмедову Юсуф Махмудовичу, за оказанную практическую помощь и поддержку в выполнении настоящей работы.*

Подписано в печать 9.02.2010 г. Формат А4
Бумага офсетная, тираж 100 шт., заказ № 10-48

Отпечатано в типографии СамГИИЯ
Адрес: г. Самарканд, Бустонсарой 93.