

ЭНДОБРОНХИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

З.Я. САЙДУЛЛАЕВ, Х.К. КАРАБАЕВ, И.Б. МУСТАФАКУЛОВ, М.И. РУСТАМОВ, К.У. ШЕРКУЛОВ
Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ТЕРМОИНГАЛЯЦИОН ТРАВМА БИЛАН БЕМОРЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЭНДОБРОНХИАЛ ТЕРАПИЯ

З.Я. САЙДУЛЛАЕВ, Х.К. КАРАБАЕВ, И.Б. МУСТАФАКУЛОВ, М.И. РУСТАМОВ, К.У. ШЕРКУЛОВ
Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

ENDOBRONKHIAL THERAPY IN TREATMENT OF COMPLEX THERAPY AT PATIENTS WITH THE THERMOINHALATION TRAUMA

Z.Ya. SAYDULLAEV, H.K. KARABAEV, I.B. MUSTAFAKULOV, M.I. RUSTAMOV,
K.U. SHERKULOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

188 нафар куйиш шикасти, нафас йўлларининг термоингаляцион асорати билан беморларда ўтказилган даволаш натижаларни таҳлиллари давомидида асосий ва назорат гуруҳларга бўлинди. Асосий гуруҳдаги даволанишига ётган беморларда биринчи соатдан бошлаб, 2-3 марта бир кунда термоингаляцион шикасти оғирлик даражасини эътиборга олиб тизимлаштирилган санацион фибробронхоскопия ўтказилди. Назорат гуруҳдаги беморларга тизимсиз, асосан шифокор талабига биноан санацион бронхоскопия бажарилди. Бошқа даволаш муолажалари иккала гуруҳларда бир хил олиб борилди. Фаол санацион бронхоскопияни қўллаш натижасида назорат гуруҳда йирингли трахеобронхит частотасини 38,1% гача, асосий гуруҳда 14,0% гача, леталикни назорат гуруҳда 93,5% гача, асосий гуруҳда 68,4% гача камайтиришига эришилди.

Калит сўзлар: оғир куйиш шикасти, термоингаляцион шикаст, бронхоскопия.

The analysis of results of treatment of 188 victims with the severe burn injury complicated by thermoinhalation damage of airways which were divided into the main and control groups is carried out. In the main group the programmed sanatsionny fibrobronkhoskopiya from the first hours from hospitalization with a frequency of 2-3 times per day depending on weight of thermoinhalation defeat during the necessary period of time were applied. In control group sanatsionny bronkhoskopiya were carried out irregularly, generally on request of the attending physician. Other treatment was identical in both groups. Active application the sanatsionnykh of bronkhoskopiya allowed to reduce statistically significantly the frequency of a purulent trakheobronkhitis from 38,1% in control group to 14,0% - in the main group and to reduce a lethality from 93,5% in control group to 68,4% - basically.

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

Актуальность. Ожоговая травма остается существенной проблемой медицинского и экономического характера. Пациенты с ожоговой болезнью имеют высокую частоту осложнений и высокую летальность. Более того лечение ожоговых больных достаточно дорогостоящее, требует длительной госпитализации, реабилитации и последующей коррекции рубцов. Во всем мире ежегодно около 6 миллионов пациентов с ожоговой травмой обращаются за медицинской помощью, большую часть из них лечатся амбулаторно [2, 5]. В США в среднем ожоги за год получают около 1 миллиона жителей [1]. В Европе ожоговая травма занимает 4 место среди всего травматизма вместе с отравления и утоплениями, после транспортных аварий, падений и суицидов [4].

Традиционными предикторами неблагоприятного исхода у пациентов с тяжелой ожоговой

травмой являются возраст, наличие термоингаляционной травмы, критическая площадь ожоговой раны [1]. К сожалению, вероятность смерти у пациентов с тяжелой ожоговой травмой остается высокой [2,3]. К традиционным предикторам неблагоприятного исхода при тяжелой термической травме на современном этапе добавляется лабораторные показатели (тромбоцитопения, низкий гематокрит, гипоальбуминемия). На исход травмы оказывает влияние развитие инфекционных осложнений, несвоевременное и неэффективное оказание медицинской помощи [4].

Площадь ожогов является основным предиктором исхода термического повреждения. С возрастанием площади ожогов вероятность выживания пациента пропорционально уменьшается [2,3]. Площадь ожогов определяет тяжесть ожогового шока, выраженность синдрома системного

воспалительного ответа (ССВО) и гиперметаболизма, риск развития сепсиса.

Тяжелая ожоговая травма приводит к активации как провоспалительных, так и противовоспалительных механизмов. С возрастом увеличивается продукция провоспалительных цитокинов, и при термической травме у пожилых пациентов провоспалительный ответ преобладает над противовоспалительным [2,5]. У пожилых пациентов гиперметаболизм возникает даже при площади ожога менее 20% поверхности тела. Гиперметаболический ответ у пожилых пациентов имеет более длительный и выраженный характер. К тому же метаболические нарушения усиливаются развивающейся гипергликемией и инсулинорезистентностью. Продолжительный гиперметаболический синдром у пожилых пациентов приводит к быстрому истощению и способствует развитию полиорганной недостаточности. Ожоговые раны у пожилых пациентов заживают медленнее из-за возрастных нарушений ангиогенеза и синтеза коллагена в дерме. Отсутствие полноценного матрикса и питания для кератиноцитов замедляют эпителизацию раны. Пожилые пациенты с площадью ожоговых ран более 30% более восприимчивы к инфекциям - чаще возникает раневая инфекция, пневмонии. Дисфункция иммунной системы, длительное наличие ран повышает риск возникновения сепсиса.

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

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

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

Проблема выявления предикторов основных причин смерти (шока, аноксии мозга, дыхательной, почечной недостаточностей, синдрома полиорганной недостаточности, сепсиса, тромбозомболических осложнений) в различные стадии ожоговой болезни и создания интегральной си-

стемы динамических предикторов, которые позволили бы быстро отслеживать неблагоприятные изменения в состоянии ожогового больного и динамически их корректировать, остается актуальной.

Целью исследования является оценка эффективности эндобронхиального лечения в комплексной терапии при термоингаляционных травмах.

Материал и методы исследования. Были использованы данные о 188 пострадавших с термоингаляционной травмой (ТИТ), проходивших лечение в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП. Причиной поражения дыхательных путей у больных явилась вдыхание дыма и продуктов горения. При этом следует отметить, что все 188 человек имели ожоги и поражения дыхательных путей. Все пострадавшие были разделены на две группы в зависимости от метода лечения. 82 пострадавших составили I-ю группу леченных 2000-2006 гг., а 106 больных вошли во II-ю группу леченных за 2006-2016 гг., они были сопоставимы по площади глубокого ожога, возраста и пола.

Результаты исследований и их обсуждение. Если 2000-2006 гг. накапливался и обобщался клинический материал, изучался гомеостаз, разрабатывались методы диагностики и лечения, проводилось внедрение их в практику, этим больным тогда эндобронхиальное лечение не проводилось, то в последующие годы (2006-2016 гг.) мы имели возможности существенно усовершенствовать разработанные методы интенсивной терапии с эндобронхиальным лечением. Значительно был расширен арсенал лекарственных средства для общего и местного лечения пострадавших, в полный комплекс лечебных мероприятий шире стали применяться инфузии гипертонического (7-10%) раствора хлорида натрия в объеме 80-120 мл под контролем уровня натрия в крови (не допуская натриемии более 160 ммоль/л). Для профилактики стрессовых язв использовали H₂-блокатор гистаминовых рецепторов (пирензипин, квамател и др.). У 29 больных с ТИТ в первые 8-10 часов имелся угроза развития отека легких, требующей ИВЛ. Этим больным в комплекс интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии включали и глюкокортикостероиды.

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

На основании анализа результатов проведенных клинических исследований изучена диагностическая и лечебно-профилактическая эффективность фибробронхоскопии (ФБС) у 32 тяжелообожженных в сочетании с ТИТ. Всего проведена 107 ФБС, из них первые 3 суток 73% всех ФБС. Для эндобронхиального лечения целью промывания бронхов использовали: изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера-Локка, 0,25% раствор новокаина, 0,5% раствор диоксида, 0,5% раствор метрогила и 0,5% раствор прополиса.

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

Течение ТИТ осложнялось развитием некротического трахео-бронхита у 21 (25,6%) больных 1 группы и у 12 (11,3%) больных 2 группы, пневмония имело место соответственно у 15 (18,2%) и у 10 (9,4%), острая дыхательная недостаточность – у 32 (39,0%) и у 22 (20,7%), летальный исход – у 20 (24,3%) и у 9 (8,4%) больных. Характерно, что большинство больных (17 из 20) 1 группы погибали от острой дыхательной недостаточности в первые сутки после травмы, в то время как из 2 группы, в первые сутки травмы умерли всего лишь 2 (из 9) больных.

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

Литература.

1. Алексеев А.А., Лавров В.А., Кузнецов В.А. и др. К вопросу о последипломной подготовки врачей по лечению больных с термической травмой. // Сборник научных трудов I Съезда комбустиологов России «Мир без ожогов», Москва (17-21 октября), 2005.-с.5.
2. Старков Ю.Г., Солодина Е.Н., Ларионов И.Ю. Роль бронхоскопии в диагностике и лечении термоингаляционной травмы. // Сборник научных трудов I Съезда комбустиологов России «Мир без ожогов», Москва (17-21 октября), 2005.-с.206-207.
3. Турсунов Б.С., Карабаев Х.К., Рафиков М.Г. Эффективность аутодермопластики при глубоких ожогах у пожилых. // В кн.: междун. конгресс «Комбустиология на рубеже веков». Москва, 2000.-с.151-152.

4. Щеголев А.И., Мишнев О.Д. Клинико-патологоанатомический анализ летальных исходов больных с ожоговой болезнью. // Скорая медицинская помощь. Мат. межд. конф. «Актуальные проблемы термической травмы» посвящ. 60-летию ожогового центра НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. Санкт-Петербург (20-22 июня), 2006.-№3.-т.7.-с.101-102.

5. Шлык И.В., Крылов К.М., Пивоварова Л.П. Ожоговый сепсис-прогнозирование, диагностика и профилактика. // Нижегородский медицинский журнал, 2004. –Комбустиология, приложение, с. 122-123.

6. Cancio L.C. Airway management and smoke inhalation injury in the burn patient. Clin Plast Surg. 2009 Oct;36(4):555-67.

7. Palmieri T.L., Warner P., Mlcak R.P., et al. Inhalation injury in children: a 10 year experience at Shriners Hospitals for J Burn Care Res. 2009 Jan-Feb; 30(1):206-8.

ЭНДОБРОНХИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ

З.Я. САЙДУЛЛАЕВ, Х.К. КАРАБАЕВ,
И.Б. МУСТАФАКУЛОВ, М.И. РУСТАМОВ,
К.У. ШЕРКУЛОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Проведен анализ результатов лечения 188 пострадавших с тяжелой ожоговой травмой, осложненной термоингаляционным поражением дыхательных путей, которые были разделены на основную и контрольную группы. В основной группе применялись программные санационные фибробронхоскопии с первых часов от госпитализации с частотой 2-3 раза в сутки в зависимости от тяжести термоингаляционного поражения в течение необходимого периода времени. В контрольной группе санационные бронхоскопии выполнялись бессистемно, в основном, по требованию лечащего врача. Остальное лечение было одинаковым в обеих группах. Активное применение санационных бронхоскопий позволило статистически значимо снизить частоту гнойного трахеобронхита с 38,1 % в контрольной группе до 14,0 % - в основной группе и уменьшить летальность с 93,5 % в контрольной группе до 68,4 % - в основной.

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