

Date: 3rd December-2024

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ У ПАЦИЕНТОВ

Х.С.Некбаев., Э.А. Хакимов.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,

Самаркандский Государственный медицинский университет



Актуальность. При тяжелым ожоговым травмы полиорганная недостаточность (ПОН) - недостаточность двух и более функциональных систем, универсальное поражение всех органов и тканей организма агрессивными медиаторами критического состояния с временным преобладанием симптомов той или иной органной недостаточности - легочной, сердечной, почечной и т.д. (Алексеев А.А., с автор 2022 г).

По данным северо-американских исследователей ПОН уже в течение 20 лет остается основной причиной смерти среди пациентов палат интенсивной терапии и реанимации хирургических стационаров и занимает около 75-80 % общей летальности (Крылов К.М. с автор 2019 г).

Цель исследования. Оптимизация интенсивного консервативного лечения в профилактике полиорганной недостаточности у пациентов с тяжелыми ожогами.

Материал и методы исследования. При изучении структуры ПОН у 245 больных (средний возраст $25,5 \pm 5,4$ лет) с глубокими ожогами более 20% поверхности тела и ожоговым шоком I-II-III степени мы обнаружили следующее: из исследованных (245) пострадавших у 149 (71,0%>) пациентов мы диагностировали развитие сердечно-сосудистой дисфункции и у такого же количества - респираторной. На втором месте по частоте развития находятся дисфункция центральной нервной системы, острая почечная недостаточность, острый токсический (или гипоксический) гепатит и дисфункция ЖКТ, связанная с СКН и гиперметаболизмом. На их долю приходится соответственно 46,7%, 45,8%, 44,8% и 43,3%. На третьем месте по частоте развития находятся патология системы гемостаза (30,6% случаев). Следует отметить, что площадь поражения является одним из определяющих факторов развития ПОН. Так, при поражениях от локальных до распространенных частота развития недостаточности со стороны различных систем возрастает в 2-3 раза.

Результаты. Наиболее тяжелое проявление ПОН - развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС). ОРДС – это неспецифическое поражение легких, сердечно-сосудистая система, в наибольшей степени страдающая у больных в состоянии ожогового шока, является основным звеном в патогенезе нарушений транспорта кислорода. Находясь в тесной связи с дыхательной, сердечно-сосудистая система ответственна не только за насосную функцию. В основе дисфункции сердечно-сосудистой системы лежит нарушение, как доставки, так и потребления кислорода.

Date: 3rdDecember-2024

Почечная дисфункция у больных с термической травмой находится на третьем месте - 45,8% пострадавших. Угнетения выделительной функции почек затрудняет поддержание нормального уровня концентрации водородных ионов в крови.

У больных с ожоговым шоком III степени гиперкоагуляция определялась как значительная, агрегатного состояния крови расценены как проявления синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). На фоне проведения интенсивной терапии эти изменения в системе РАСК сохранялись, либо углублялись. Клинически это проявлялось органной дисфункцией, бледностью и «мозаичным рисунком» ожоговой раны и интоксикацией.

В сравниваемую (вторую) группу вошли больные с ожоговым шоком I, II, и III степени, которым на фоне интенсивной терапии проводили комплексную антикоагулянтную терапию. Эта терапия включала: гепарин, вводимый непрерывно, микроструйно; антиагрегаты, вазопротекторы, ингибиторы протеолиза.

Гепаринизацию назначили при шоке первой степени – 100-150 ед/кг/сут, второй степени – 160-200ед/кг/сут, третьей степени – 200-250 ед/кг/сут. Контроль через сутки позволял наглядно выявить либо стабилизацию, либо нарушения в системе РАСК. Последние потребовали увеличения дозы гепарина на 100 ед/кг/сут. В коагулограмме протромбиновое время, АЧТВ удлинялись на 50-150%. При повышении этих показателей более чем на 200%, дозу гепарина сокращали на 100 ед/кг/сут.

Поддержание гипокоагуляции в управляемом индивидуальном режиме у больных второй группы способствовало более раннему выходу из состояния шока, ускоренной эпителизации, снижению воспалительных реакций в ожоговой ране, уменьшению вторичных изменений в пораженных тканях.

Выводы: Таким образом, применение управляемой гипокоагуляции в комплексе интенсивной терапии позволило целенаправленно и дозировано проводить коррекцию выявленных расстройств. Это улучшало реологические свойства крови, микроциркуляцию и оптимизировало лечение ожогового шока.

