



Улучшение Лечения Ожогового Сепсиса, Который В Настоящее Время Является Обычным Явлением

Сотволдиев Бекзодбек Махаматмусаевич

Андижанский Государственный Медицинский Институт, Узбекистан

ABSTRACT

в этой статье даются рекомендации по улучшению лечения ожогового сепсиса, который в настоящее время является обычным явлением. Эта статья была подготовлена именно в результате исследований АТ и с использованием самых последних данных.

ARTICLE INFO

Received: 1st August 2022

Revised: 1st September 2022

Accepted: 10th October 2022

KEY WORDS:

сепсис, ожогового сепсиса, лечения.

Актуальность. В начале XXI столетия сепсис по-прежнему остается одной из самых актуальных проблем современной медицины в силу неуклонной тенденции роста заболеваемости и стабильно высокой летальности (В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, 2006; И.В. Шлык, 2009).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения пострадавших от ожогов на основе применения внутривенного введения озонированного физиологического раствора в комплексной интенсивной терапии ожогового сепсиса.

Материалы и методы. В клинику АГМИ у 80 (61,5%) из 130 наблюдавшихся в последние годы больных, в возрасте от 18 до 75 лет с площадью глубокого ожога от 20 до 85% поверхности тела (п.т.), клинически развился сепсис. Генерализация гнойной инфекции наиболее часто отмечена при глубоких ожогах более 40% поверхности тела (в среднем $45,1 \pm 1,5\%$ п.т.). У 50 (62,5%) обожженных (I группа), в возрасте $42,75 \pm 2,51$ лет с индексом Франка $108,87 \pm 2,55$ ус. ед и явлениями ожогового сепсиса, было проведена стандартная интенсивная терапия с внутривенным введением озонированного физиологического раствора (ВВВОФР) в объеме 200 мл в сроки $11,54 \pm 2,11$ дней после ожога, с концентрацией озона в жидкости 4 мг/л, 1 раз в сутки на протяжении 10 дней, в стадии ожогового шока и острой ожоговой токсемии (ООТ). 30 обожженным (II группа) с индексом Франка $105,75 \pm 3,54$ ус. ед и явлениями ожогового сепсиса проводилась стандартная комплексная интенсивная терапия без ВВВОФР, в течение 10-11 дней после термической травмы (в стадии шока и ООТ).

Результаты. Комплекс интенсивной терапии ожогового сепсиса включает: 1. Начальный этап (восстановление адекватной гемодинамики). Цель – достижение в первые 6 часов после постановки диагноза ожогового сепсиса следующих показателей: ЦВД 8-12 мм; Диагностика инфекции (материалы для микробиологического исследования берут до начала антибиотикотерапии); Антибиотикотерапия (при тяжелом ожоговом сепсисе и септическом шоке – в течение часа после постановки диагноза); Санация очага инфекции (необходим поиск и неотложная санация очага инфекции); Инфузионная

терапия «На старте» (больным с гиповолемией внутривенно вводят 1000 мл кристаллоидов или 300-500 мл коллоидов в течение 30 минут); Вазопрессоры (назначаются, если после коррекции гиповолемии не удастся достичь адекватных АД и органной перфузии); Инотропная терапия (у пациентов с низким сердечным выбросом, несмотря на адекватную коррекцию гиповолемии, показано применение добутамина); Препараты крови (показание к переливанию эритроцитарной массы снижение уровня гемоглобина <70 г/л); Нутритивная поддержка (раннее начало нутритивной поддержки в сроки 24-36 ч более эффективно, чем с 3-4 суток интенсивной терапии); Контроль гликемии (высокий уровень гликемии и необходимость в инсулинотерапии являются факторами неблагоприятного исхода у больных с диагностированным сепсисом); Кортикостероиды (использование ГКС в высоких дозах в терапии септического шока нецелесообразно); Активированный протеин С (одним из характерных проявлений сепсиса является нарушение системной коагуляции которое приводит к гипоперфузии и органной дисфункции); Парэнтеральная озонотерапия (одним из методов лечения ожогового сепсиса является внутривенное введение озонированного физиологического раствора (ВВВОФР) в объеме 200 мл в течение 10 дней после ожога, с концентрацией озона в жидкости 4 мг/л, 1 раз в сутки).

Вывод. Рациональное применение интенсивной терапии ожогового сепсиса и септического шока показали, что среди тяжелообожженных с сепсисом ПОН и летальность снизились от 85% и 70% (за 2014-2016) до 58,5% и 46,9% соответственно (2017-2020).

Использованная Литература:

1. Ataliev A.E., Khodzhibaev M.Kh., Arifzhanov Z.Sh. et al. Analysis of the results of early laparotomy// Proceedings of the conference "Actual problems of organizing emergency medical care", Tashkent-Fergana, 2011.– P. 148–150.
2. Afendulov S.A., Zhuravlev G.Yu., Smirnov A.D. The strategy of surgical treatment of peptic ulcer // Khir. - 2016. - No. 5. - P. 26–30.
3. Belonogov N.I., Kurinny A.V., Smolkina A.V. Prevention of post-resection anastomoses // Proceedings of the scientific-practical conference "Surgery-2010", Moscow, 2010, pp. 46-47.
4. Bulgakov G.A., Kubyshkin V.A. Modern problems of surgical treatment of uncomplicated duodenal ulcer // Surgery. - 2011. - No. 5. - P. 34–37.
5. Gostishchev V.K., Evseev M.A. Acute gastroduodenal bleeding: from strategic concepts to therapeutic tactics.- M.: Anta-Eko. - 2015. - 352 p.
6. Mustyats A.P., Zaporozhets V.K., Khodyrev V.N. Restoration of the motor-evacuation function of the stomach in the early postoperative period// Proceedings of the scientific-practical conference "Surgery-2010", Moscow, 2010, pp. 227–229.

