

УДК: 616.381-002.3

ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Фаязов Абдулазиз Джалалович^{1,3}, Ахмедов Адхам Ибодуллаевич², Халилов Абдурахим Сабитович³, Бекчанов Юнус Уктамович¹

- 1 - Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ташкент;
- 2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;
- 3 - Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ГАСТРОДУОДЕНАЛ СУРУНКАЛИ ЯРА ФОНИДА ОҒИР КУЙГАНЛАРГА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Фаязов Абдулазиз Джалалович^{1,3}, Ахмедов Адхам Ибодуллаевич², Халилов Абдурахим Сабитович³, Бекчанов Юнус Уктамович¹

- 1 - Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;
- 2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;
- 3 - Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

OPTIMIZATION OF THE PROVISION OF MEDICAL CARE FOR SEVERE BURNED ON THE BACKGROUND OF CHRONIC GASTRODUODENAL ULCERS

Fayazov Abdulaziz Jalalovich^{1,3}, Akhmedov Adkham Ibodullaevich², Khalilov Abdurahim Sabitovich³, Bekchanov Yunus Uktamovich¹

- 1 - Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Tashkent;
- 2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;
- 3 - Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: aiaxmedov@mail.ru

Резюме. Мақсад: гастродуоденал сурункали яра фониди оғир куйганларни даволаш ва тиббий ёрдам кўрсатишни оптималлаштириш. Материал ва услублар. Термик жароҳатланган 86 нафар беморнинг касаллик тарихи бўйича ретроспектив таҳлиллар ўтказилди. Бемор стационарга келган кундан барчасининг анамнези ўрганилди, куйиш майдони ва чуқурлиги аниқланди, бемор аҳволининг оғирлиги баҳоланди. Натижалар: Сурункали яра касаллиги фониди оғир куйиш жароҳати бўлган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишда технологик ва ташкилий жиҳатдан ёндошиб натижаларни яхшилаш мумкин. Бунда биринчидан; адекват шокга қарши терапияни ўз вақтида ўтказиш, ярага қарши профилактика терапияси, операциядан кейинги даврда эрта энтерал овқатланиш, лапаротомия қилишнинг ўзига хос хусусиятларига риоя қилиш, гемостазга эришиш учун эндоскопик технологиялардан фойдаланиш, аъзони сақлайдиган мининвазив жарроҳлик аралашувлар амалга ошириш керак. Адекват шокга қарши терапияни ўз вақтида бошлаш орқали оғир куйган беморларда сурункали ошқозон ярасининг нисбий салмоғини икки бараварга камайишига эришилди. Даволаш ёки профилактика мақсадларида квадротерапияни ўз вақтида ўтказиш куйган беморларда сурункали ошқозон яра касаллигининг қўзишини 35% га камайтиради.

Калит сўзлар: куйиш жароҳати, куйиш касаллиги, ошқон-ичак тракти асоратлари, антисекретор терапия.

Abstract. The purpose of the work: Optimization of medical care and treatment of severely burned on the background of chronic gastroduodenal ulcers. Materials and methods. Retrospective analyzes were carried out according to the case histories of 86 patients, regarding the disease with thermal injuries. Upon admission, all the victims studied the anamnesis, determined the area and depth of burns, assessed the severity of the patient. Results and discussion: Improving the results of providing medical care to patients with complications of peptic ulcer against the background of a burn injury is possible technologically and organizationally. The first should be attributed; conducting timely adequate anti-shock therapy, preventive anti-ulcer therapy, early enteral nutrition in the postoperative period, compliance with the peculiarities of the formation of laparotomic access, technologies of intraluminal endosurgery to achieve hemostasis, minimally invasive organ-preserving surgical interventions. With the timely initiation of adequate anti-shock therapy, the frequency of complicated course of chronic peptic ulcer in severely burned patients is halved. The appointment of quadrotherapy for preventive or therapeutic purposes significantly reduces the frequency of complicated course of chronic peptic ulcer in burned patients by 35%.

Keywords: burn injury, burn disease, gastrointestinal complications, antisecretory therapy.

Течение ожоговой болезни (ОБ) нередко осложняется образованием эрозивно-язвенных дефектов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [1,6,10]. Вместе с тем, эрозии и язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у обожженных нельзя рассматривать сугубо как неизбежность тяжелой ожоговой травмы. В структуре заболеваемости частота язвенной болезни (ЯБ) желудка и ДПК варьирует от 6 до 8 % [2,4,7]. Среди которых каждый десятый пациент переносит хирургические вмешательства по причине осложнений этого заболевания [3,5,11]. При такой широкой распространенности ЯБ люди, страдающие данной патологией, с высокой вероятностью могут оказаться среди пострадавших, подвергшихся ожоговой травме [8,9]. Вопросы, связанные с особенностями обследования и

лечения пациентов при сочетании у них язвенной и ожоговой болезней, в медицинской литературе отражены в единичных публикациях, во многом остаются без ответа и по этим причинам представляют особый научный и практический интерес.

Цель исследования: Оптимизация оказания медицинской помощи и лечение тяжелообожженных на фоне хронических гастродуоденальных язв(ГДЯ).

Материал и методы исследования. В ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения в течении 2016-2020гг пролечено 86 пациентов с острыми осложнениями на фоне хронической гастродуоденальной язвы. Средний возраст пациентов составил 59±18 лет.

Всем больным при поступлении оказали первую медицинскую помощь, последующем в реанимационном отделении проводили противошоковую и интенсивную терапию. При поступлении всех пострадавших изучен анамнез, определяли площадь и глубину ожоговой травмы, с оценкой тяжести поражения у больных. У больных общая площадь ожоговой поверхности составляла от 20-60% поверхности тела, в том числе площадь глубокого ожога IIIБ-IVст составила (10-20%) . Для определения тяжести ожоговой травмы использован прогностический показатель индекс Франка. У наблюдаемых групп пациентов индекс Франка составила больше 90% у.е. При этом установлено, что у 66,1% больных не проводилась профилактика острых эрозивно-язвенных поражений ЖКТ по существующим стандартным схемам.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди обожженных удельный вес эрозивно-язвенных поражений ЖКТ составляет 5% наблюдений (хроническая форма ЯБ и острые эрозивно-язвенных поражения (ЭЯП), соответственно, в 2 и 3 % случаев).

Острые ЭЯП ЖКТ в большинстве (92 %) случаев протекали без осложнений. Неосложненное течение хронической формы ЯБ среди обожженных отмечено лишь в 24 % наблюдений, а в 2/3 случаев у таких пациентов констатировались жизнеугрожающие осложнения. Течение хронической ЯБ у обожженных характеризуется рядом особенностей: преимущественная локализация язвенных дефектов в ДПК, высокая частота проявлений заболевания острыми осложнениями развивающимися, как правило, у людей в возрасте до 45 лет, стертость клинических проявлений осложнений; трудности в интерпретации результатов лабораторных и инструментальных исследований, высокая частота случаев смертельных исходов среди таких пациентов, особенно при их лечении вне специализированных учреждений.

В отличие от острых ЭЯП ЖКТ, выявляемых при обследовании у обожженных, как правило, в желудке (64 % случаев), у пострадавших с сочетанием хронической ЯБ и ОБ активная язва в 75 % наблюдений верифицируется в ДПК.

Острые осложнения ЯБ среди обожженных в каждом втором случае констатируются среди людей в возрасте до 45 лет, что несколько отличается от случаев острых ЭЯП при ОБ и ЯБ в целом (табл. 1).

В отличие от наблюдений обычной ЯБ, при осложненном течении хронической ГДЯ на фоне ОБ, частота встречаемости признаков кровотечения из язвы в виде мелены и гематомезиса отмечается не более чем в 70 % случаев. Признаки перфорации язвенного дефекта констатируются лишь в 10 % наблюдений, а проявления неосложненных обострений заболевания в виде болевого синдрома констатируются менее чем в 20 % случаев. При перфорации язв верхних отделов ЖКТ картина болевого шока наблюдалась лишь в 20 % случаев, при этом показатель оказывается в 4 раза ниже аналогичного среди больных, страдающих сугубо ЯБ.

При оценке показателей общего анализа крови у обожженных с кровотечением из хронической ГДЯ следует помнить, что (в отличие от больных сугубо осложненной формой ЯБ), по данным параметрам нельзя достоверно оценить величину кровопотери. Факт язвенного кровотечения камуфлируется гемоконцентрацией, ожоговой анемией, а также последствиями инфузионно-трансфузионной терапии, существенно изменяя параметры анализа крови (табл. 2).

Таблица 1. Распределение больных ЯБ, по поводу ожоговой травмы с учетом возраста

Возрастные группы, лет	Число наблюдений (в %) при	
	ЯБ + ОБ, n=42	ОБ + ОЭЯП, n=44
до 18	-	1
от 18 до 24	1	2
от 25 до 35	7	6
от 36 до 45	11	14
от 46 до 60	14	12
старше 60	9	9

Таблица 2. Показатели общего анализа крови при кровотечении из хронической ГДЯ на фоне ожоговой травмы

Параметры общего анализа крови	Средние показатели параметров при кровотечении из хронической язвы у больных с ЯБ					
	при типичном варианте			на фоне ожоговой травмы		
	1-2 сутки	3-4сутки	> 5суток	1 -2сутки	3-4сутки	> 5 суток
Число эритроцитов	3,5 ± 0,1	3,0 ± 0,2	2,2 ± 0,1	5,0 ± 0,1	4,5 ± 0,1	4,5 ± 0,2
Уровень гемоглобина	92,5 ± 2,3	81,3 ± 1,7	60,0 ± 1,1	101,0 ± 2	90,0 ± 1,3	89,0 ± 2,2
Гематокрита	42,1 ± 3,3	34,3 ± 0,5	23,0 ± 1,1	50,0 ± 1	44,0 ± 2,1	38,0 ± 1,3

Таблица 3. Хирургические вмешательства, выполненные обожженным по причине язвенных дефектов СО желудка и ДПК

Хирургические вмешательства	Число операций выполненных при осложнениях	
	хроническая ЯБ	ОЭЯП
Лапароскопическое ушивание перфорации язвенного дефекта	4	-
Эндоскопическая коагуляция	7	3
Гастротомия или дуоденотомия, прошивание язвы	2	1
Резекция желудка (РЖ)	1	-
Всего операции	14	4
Всего случаев язвенных дефектов	42	44

Показатели частоты случаев летальных исходов среди пациентов, при сочетании язвенной и ожоговой болезней, достигают 22% даже при усиленном оказании медицинской помощи (МП) пациентам.

При лечении обожженных в случаях выявления осложнений хронической ЯБ необходимость в проведении хирургических вмешательств оказалась в 3 раза выше, чем при оказании МП пострадавшим с ОБ, осложненной острыми ЭЯП ЖКТ. Если при острых дефектах слизистой оболочки хирургические вмешательства выполнялись в каждом отдельном случае, то при осложнениях хронической ЯБ на фоне ожоговой травмы - в каждом случае.

Объемы хирургических вмешательств при хронических и острых дефектах слизистой оболочки (СО) ЖКТ у обожженных оказываются идентичными. Таким пациентам выполняются преимущественно жизнесохраняющие хирургические вмешательства (эндоскопическая коагуляция кровоточащей язвы, лапароскопическое ушивание перфорировавших язв). В качестве хирургического вмешательства с воздействием на этиопатогенетические механизмы ЯБ редко, но используется резекция желудка (табл. 3).

Результаты хирургического лечения обожженных существенно зависят от характера осложнения ЯБ.

Ушивание перфорированного язвенного дефекта лапароскопическим методом превосходит операцию ушивания язвенного дефектов при лапаротомии. Поскольку лапароскопический метод малотравматичен и характеризуется низким уровнем послеоперационных осложнений.

Ушивание язвенного дефекта через лапаротомный доступ - при выполнении данного типа операции частота случаев летальных исходов оказывается высокой. В большинстве наблюдений послеоперационный период у таких пациентов осложняется нагноением раны и эвентрацией органов брюшной полости, что обуславливает необходимость выполнения повторных вмешательств и сопряжено с увеличением продолжительности лечения.

Несмотря на то, что прошивание кровоточащей язвы у обожженных осуществляется, как правило, без явлений перитонита, возникшая в раннем послеоперационном периоде, часто усугубляет тяжелое состояние пациентов, перенесших малотравматичную (по своей сути) операцию. Результаты хирургического лечения обожженных при кровотечении из хронического дефекта слизистой оболочки ЖКТ так же часто, как и при ушивании перфорации, оказываются неудовлетворительными по причине высокой частоты случаев летальных исходов (в одной трети наблюдений). Нагноение в области лапаротомной раны и эвентрация внутренних органов в послеоперационном периоде у пациентов с кровотечением из язвы констатируется в каждом втором наблюдении.

Наиболее радикальным хирургическим вмешательством в плане лечения больных ЯБ является РЖ. В наших наблюдениях при РЖ в случаях кровоточащей хронической ГДЯ у обожженных соотношение положительных и негативных результатов составило 1:1. Высокий показатель частоты случаев летальных исходов при выполнении РЖ обуславливается нагноением лапаротомной раны, эвентрацией в нее органов брюшной полости и послеоперационным перитонитом.

Результаты выполнения РЖ тяжелообожженным с хронической ГДЯ, осложненной перфорацией, оказываются, как правило, негативными, так как в этих случаях хирургические вмешательства обычно выполняются на фоне явлений разлитого перитонита, сопровождаясь в раннем послеоперационном периоде, как и при кровотечении из язвы, нагноением лапаротомной раны и эвентрацией в нее органов брюшной полости.

Результаты проведения РЖ больным хронической ГДЯ, осложненной перфорацией или кровотечением у большинства пациентов, подвергшихся критическим ожогам, оказываются отрицательными, т.к. проведение данной операции на фоне термической травмы - не просто способ хирургического лечения больных с хронической формой ЯБ, а тяжелая дополнительная травма, наносимая пациенту, уже находящемуся в критическом состоянии в связи с ожоговым поражением. Основной причиной смерти таких пациентов оказывается послеоперационный перитонит и абдоминальный сепсис. Эта же причина смерти представляется ведущей и у большинства больных при проведении им органосохраняющих хирургических вмешательств без воздействия на патогенетические механизмы язвообразования. В частности, при ушивании перфоративной язвы у людей, подвергшихся критическим ожогам, соотношение случаев летальных и положительных исходов составляет 1:1, т.е. как и в случаях проведения РЖ при кровотечении из язв. Таким образом, как при проведении РЖ на фоне критического ожога, так и при так называемых «симптоматических» операциях (ушивание перфоративной язвы, прошивание кровоточащего язвенного дефекта) положительных результатов хирургического лечения в большинстве случаев не отмечается, а основной причиной негативных исходов оказываются гнойно-воспалительные изменения в брюшной полости и в области лапаротомной раны.

Дефекты оказания медицинской помощи в случаях ожоговой травмы у больных с хроническими ГДЯ встречаются в лечебных учреждениях разного уровня специализации в комбустиологии и абдоминальной хирургии (табл. 4).

Таблица 4. Дефекты оказания МП в случаях ожоговой травмы у больных с хроническими ГДЯ

Дефекты оказания медицинской помощи при	Частота встречаемости (в %)
Обследование пострадавших в случае сочетания ЯБ и ОБ:	
недостатки сбора анамнеза	47,3
недостаточный объем лабораторных исследований	49,8
недостаточный объем инструментальных исследований	54,5
При определении:	
источника кровотечения	42,2
величины кровопотери	53,4
Оценка тяжести состояния пациентов, в т.ч.: поздняя диагностика гемодинамических нарушений	70,1
назначении медикаментозной терапии антисекреторной антихеликобактерной	47,5
хирургическом лечении выполнение лапаротомии при наличии лапароскопии выполнения ФГДС	69,5
организации лечебно-диагностического процесса	48,8

Улучшение результатов оказания медицинской помощи больным при осложнении ЯБ на фоне ожоговой травмы возможно технологически и организационно. К первому следует отнести; проведение своевременной адекватной противошоковой терапии, профилактической противоязвенной терапией, раннего энтерального питания в послеоперационном периоде, соблюдение особенностей формирования лапаротомного доступа, технологий внутрисветовой эндохирургии для достижения гемостаза, миниинвазивных органосберегающих хирургических вмешательств.

При своевременном начале адекватной противошоковой терапии частота осложненного течения хронической ЯБ у тяжелообожженных снижается вдвое.

Назначение квадротерапии с профилактической или лечебной целью достоверно уменьшает частоту осложненного течения хронической ЯБ у обожженных на 35%.

При назначении раннего энтерального питания пациентам с хроническим ГДЯ, пострадавшим от ожогов, осложненные течения ЯБ констатируется в каждом третьем наблюдении, что на 15 % ниже, чем при отсутствии раннего энтерального питания.

Важное значение в определении технологии лечения (консервативное/хирургическое) и способа операции, придается оценке кислотопродуцирующей функции желудка. Анализ состояния кислотопродуцирующей функции желудка у больных с хронической ГДЯ, перенесших ожоговую травму, показывает, что ее параметры практически не отличаются от таковых у больных с обычной язвой.

Поэтому, подходы при выборе метода хирургического лечения у этих двух групп пациентов могут быть идентичными.

Анализ состояния кислотопродуцирующей функции желудка у больных ЯБДПК, перенесших ожоговую травму и оперированных по поводу осложнений хронической формы ЯБ, показывает, что различия в ее показателях у пациентов анализируемых групп в послеоперационном периоде отсутствуют.

Для профилактики нагноения операционной раны у больных с острыми осложнениями ЯБ, оперируемых на фоне ОБ, целесообразно осуществлять лапаротомный доступ вне ожогового струпа. При нанесении лапаротомной раны пострадавшим от ожогов в области неповрежденной кожи, как правило, отмечается заживление этой раны первичным натяжением. В случаях, когда осуществить лапаротомию через интактные от ожога ткани передней брюшной стенки не представляется возможным из-за обширности ее повреждения, использование лапаротомного доступа, как правило, сопровождается нагноением и эвентрацией. Для предотвращения нагноения и эвентрации формирование лапаротомной раны в таких случаях необходимо сочетать с некрэктомией, которая сопряжена с увеличением площади дефекта тканей передней брюшной стенки, но позволяет полностью «закрыть» его в случаях благополучного исхода перитонита. Часто возникает необходимость дальнейшего хирургического лечения таких пациентов в связи с формированием послеоперационной вентральной грыжи.

При развитии острых осложнений ЯБ на фоне ОБ выполнение лапаротомии значительно утяжеляет состояние пациентов, поэтому целесообразен поиск альтернативных методов лечения таких больных. В этом отношении особое внимание привлекают возможности использования современных эндохирургических технологий. В частности, применение методик внутрисветовой эндоскопии позволяет достичь состояния гемостаза в 4 случаях из 5. При использовании эндоскопической коагуляции гемостаз достигается в 90 % клинических наблюдений, что более эффективно по сравнению с клипированием, при котором кровотечение из язвы удается остановить в 81- 84% наблюдений.

Особые возможности лечения больных перфоративными язвами предоставляет внутрисветовая эндовидеохирургия.

Использование лапароскопических технологий перспективно при обследовании и лечении больных с осложнениями ЯБ и пострадавших от ожогов в остром периоде ОБ, поскольку позволяет предотвратить многие проблемы, обуславливаемые лапаротомией при выполнении хирургических вмешательств на органах брюшной полости у обожженных.

Отдельно возникает вопрос о лечении больных с сочетанием хронической ГДЯ и ожоговой травмы с использованием хирургических вмешательств, направленных на патогенетические механизмы язвообразования. Результаты выпол-

нения РЖ традиционным доступом в экстренном порядке при ЯБ как на фоне ожоговой травмы, так и без нее, часто оказываются неудовлетворительными. Очевидно, что проведение РЖ в экстренных случаях оправдано лишь как осуществление «операции отчаяния». Хирургическое лечение больных хронической язвой при ожогах с воздействием на патогенетические механизмы язвообразования лучше проводить в плановом порядке после завершения оказания МП по поводу ОБ и всестороннего обследования пациентов на предмет выявления особенностей течения у них ЯБ.

Что касается организационных путей улучшения качества оказания МП пострадавшим при сочетании ЯБ и ОБ, то обследование и лечение таких пациентов целесообразно проводить в специализированных подразделениях многопрофильных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), т. к. частота дефектов оказания МП таким пациентам в муниципальных больницах намного выше, чем в специализированных многопрофильных ЛПУ. Кроме того, лечение таких больных должно проводиться в рамках медико-экономической стандартизации.

При целенаправленном диспансерном наблюдении за больными, перенесшими хирургические вмешательства по поводу осложнений ГДЯ на фоне ОБ, целесообразно: осуществлять превентивную противоязвенную терапию с учетом данных о показателях кислотопродуцирующей функции желудка в течение года после вмешательства; в плановом порядке устранять последствия эвентрации органов брюшной полости (лигатурные свищи, послеоперационные вентральные грыжи и др.); проводить реабилитационные мероприятия пострадавшим, используя современные технологии восстановительной медицины.

Выводы:

1. Среди пострадавших с ожоговой травмой хроническая ГДЯ констатируется не менее чем в 2,5 % клинических наблюдений. Острые осложнения хронической ГДЯ (кровотечение из язвы и ее перфорация) на фоне ОБ происходят в 67,3 % случаев наблюдения ЯБ у обожженных.

2. Клиническое течение хронической ЯБ у обожженных характеризуется рядом особенностей: преимущественная локализация язвенного дефекта в ДПК; высокая частота проявлений заболевания острыми осложнениями, развивающимися, как правило, у людей в возрасте до 45 лет; стертость клинических симптомов заболевания; трудности в интерпретации результатов лабораторных и инструментальных исследований.

3. Оказание МП больным с сочетанием язвенной и ожоговой болезней сопряжено с высоким риском завершения случая летальным исходом, особенно при обследовании и лечении пациентов вне специализированных учреждений. Положительные результаты оказания медицинской помощи тяжелообожженным с хронической ГДЯ констатируются в 66 % клинических наблюдений, при условии госпитализации таких пациентов в стационары, где организовано круглосуточное дежурство специалистов по профилям комбустиологии, неотложная хирургия, эндоскопия.

4. Основные причины негативных результатов оказания МП больным хронической ГДЯ, подвергшихся тяжелой ожоговой травме, обуславливаются: ошибками при сборе данных анамнеза (84 %); недостатками во время проведения клинического обследования таких пострадавших и интерпретации данных специальных исследований (47-54 %); использованием нерациональных схем противоязвенной терапии (69 %); игнорированием возможностей эндоскопической хирургии для достижения гемостаза при кровоточащих язвах (32 %); неадекватной оценкой тяжести состояния на фоне кровотечения (33-68 %), неправильной оценки величины кровопотери (53 %); недостаточным оснащением ожоговых подразделений эндо- и лапароскопическим оборудованием (45 % случаев).

5. Технологически улучшение результатов оказания МП больным хронической ЯБ, пострадавшим от ожогов, возможно при: своевременном начале адекватной протившоковой терапии; целенаправленном использовании современных схем превентивной и лечебной противоязвенной терапии; дифференцированным подбором количественных и качественных характеристик раннего энтерального питания; соблюдении особенностей формирования лапаротомного доступа; использовании технологий внутрипросветной эндоскопической хирургии для достижения гемостаза при кровотечениях из дефектов слизистой оболочки желудка и ДПК; применении миниинвазивных методик выполнения органосберегающих хирургических вмешательств.

6. Организационно повысить качество оказания МП пациентам при сочетании ОБ и ЯБ можно при: их обследовании и лечении в специализированных подразделениях многопрофильных медицинских учреждений с обеспечением больных динамическим наблюдением после выписки из стационара; медико-экономической стандартизации лечебно-диагностического процесса. В алгоритме оказания медицинской помощи пострадавшим от ожогов, наблюдаемым по поводу хронической ЯБ, должны предусматриваться не только конкретные современные технологии проведения хирургических вмешательств и схемы дифференцированной противоязвенной терапии, но и основные мероприятия лечебно-эвакуаторного предназначения.

Литература:

1. Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И. «Выбор хирургической тактики лечения при язвенных гастродуоденальных кровотечениях». Международный научный журнал: Наука и Мир, № 4 (80), 2020, Том 2. Стр 62-65
2. Голубцов В.В. Прогнозирование, профилактика и упреждающая интенсивная терапия полиорганной недостаточности при септических и постгеморрагических состояниях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27: 14.00.37 / В.В. Голубцов. – Краснодар, 2005. – 341 с.
3. Сперанский И.И., Носенко В.М., Макиенко В.В., Тимошенко В.В. Особенности профилактики, диагностики и лечения острых эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у обожженных: пути и возможности улучшения оказания медицинской помощи//Вестник ВДНЗУ «Украинский медицинский стоматологический академия» Том 13, Выпуск 1(41).С.167-170.

4. Фаязов А.Д., Шарипова В.Х., Нарзиев М.М., Назарова Ф.С. // Особенности инфузионной терапии у обожженных больных с критическими термическими поражениями. Жизнеобеспечение при критических состояниях, Материалы Всероссийской конференции с международным участием. Москва-2019. С. 105-106
5. Фаязов А.Д., Ажиниязов Р.С. Особенности течения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста. //Скорая медицинская помощь. России.2020;21(3):54-57.
6. Оробей Ю. А. Острые поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки: лечение и профилактика//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2010.№11.С.72-77.
7. Осипов И.С. Повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта у пациентов с полиорганной недостаточностью. Желудочно-кишечные кровотечения у тяжелопострадавших: материалы городской научно-практич. конференции. М 1999; 13-15
8. Sachs, G Shin J.M., Hunt R.. Novel approaches to inhibition of gastric acid secretion // Curr. Gastroenterol. Rep. - 2010. - Vol.12. - №6. - P.437-447.
9. Syam A.F. Simadibrata M. Gastric ulcer induced by systemic hypoxia
10. // Acta.Med.Indones. - 2011. - Vol.43.-№4. - P.243-248.
11. Yenikomshian, H. Yenikomshian H., Reiss M., Nabavian R. Gastric feedings effectively prophylax against upper gastrointestinal hemorrhage in burn patients // J. Burn Care Res. - 2011. - Vol.32. - №2. - P.263-268.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Фаязов А.Дж., Ахмедов А.И., Халилов А.С., Бекчанов Ю.У.

Резюме. Цель работы: Оптимизация оказания медицинской помощи и лечение тяжелообожженных на фоне хронических гастродуоденальных язв. Материалы и методы. Ретроспективные анализы проводили по историям болезней у 86 больных, по поводу заболевания с термическими травмами. При поступлении у всех пострадавших изучен анамнез, определяли площадь и глубину ожогов, оценивали состояние тяжести больного. Результаты и обсуждение. Улучшение результатов оказания медицинской помощи больным при осложнении язвенной болезни на фоне ожоговой травмы возможно технологически и организационно. К первому следует отнести; проведение своевременной адекватной противошоковой терапии, профилактической противоязвенной терапией, раннего энтерального питания в послеоперационном периоде, соблюдение особенностей формирования лапаротомного доступа, технологий внутрисветной эндохирургии для достижения гемостаза, миниинвазивных органосберегающих хирургических вмешательств. При своевременном начале адекватной противошоковой терапии частота осложненного течения хронической язвенной болезни у тяжелообожженных снижается вдвое. Назначение квадротерапии с профилактической или лечебной целью достоверно уменьшает частоту осложненного течения хронической язвенной болезни у обожженных на 35%.

Ключевые слова: ожоговая травма, ожоговая болезнь, желудочно-кишечного осложнения, антисекреторная терапия.