



Даминов Феруз Асадуллаевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА КУЙИШ КАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ**

Даминов Феруз Асадуллаевич

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

**ANALYSIS OF THE RESULTS OF COMPREHENSIVE TREATMENT OF BURN DISEASE IN ELDERLY AND SENILE AGE**

Daminov Feruz Asadullaevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Тадқиқот мақсади. Умумий ва маҳаллий даволаш усулларини синовдан ўтказиш асосида 60 ёшдан ошган беморларда куйиш касалликлари учун фаол жарроҳлик тактикаси тизимини ишлаб чиқиш. Тадқиқот материаллари. 2002-2022 йй.да РШТЎИМ Самарқанд филиали куйиш бўлимида 419 нафар кекса ва қари ёшдаги беморлар куйиш касаллиги билан даволанди. Тадқиқот натижалари. Кекса одамларда куйиш касаллигини даволаш кўпинча турли хил асоратлар билан оғирлашади, бу эса юқори ўлимга олиб келади. Хулоса. 7-10% гача чуқур жароҳати бўлган беморларда фаол жарроҳлик тактикаси (эрта жарроҳлик некрэктомия, аутодермопластика) консерватив тактикага нисбатан ўлимни оширмайди, лекин ётоқхона кунини 2 баробарга ва ўлимни 23,6 дан 14,3% гача камайтиради.

**Калит сўзлар:** куйиш касаллиги, кекса ва қари ёшдаги беморлар, (эрта жарроҳлик некрэктомия, аутодермопластика).

**Abstract.** Purpose of the study. To develop a system of active surgical tactics for burn patients over 60 years of age based on the intestation of methods of general and local treatment. Research materials. In the burn department of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care in the period 2002-2022. 419 elderly and senile patients were treated with burn disease. Research results. Treatment of burn disease in the elderly is often aggravated by various complications, which contributes to high mortality. Conclusions. Active surgical tactics (early surgical necrectomy, autodermoplasty) in patients with deep lesions up to 7-10% does not increase mortality compared to conservative tactics, but reduces the bed-day by 2 times and mortality from 23.6 to 14.3%.

**Key words:** burn disease, elderly and senile age, early surgical necrectomy, autodermoplasty.

**Актуальность.** Люди пожилого и старческого возраста входят в группу риска по термической травме. Возраст, площадь ожога, интервал между травмой и поступлением в ожоговый центр, сопутствующая патология являются основными факторами, определяющими тяжесть травмы, и оказывающими влияние на прогноз и лечебную тактику [2, 4, 6, 9].

По данным ряда авторов [1, 3, 4, 5], летальность у больных пожилого и старческого возраста в два-три раза выше, чем у пострадавших от ожогов других возрастов и составляет, от 23,4 до 62,5%. Особенно высокая летальность у лиц старше 60 лет отмечается в период шока, который развивается у этого контингента больных даже при ограниченных ожогах до 5-7% поверхности тела [7, 8, 9].

Значительные трудности в лечении больных старше 60 лет представляют не только обширные, но и ограниченные ожоги, которые сопровождаются выраженными нарушениями со стороны гемодинамических показателей и внутренних органов [3, 7]. Уже в ближайшие часы после ожоговой травмы у них развивается синдром взаимного отягощения, который заключается в том, что имеющиеся преморбидно заболевания неблагоприятно влияют на течение раневого процесса, а полученный ожог в свою очередь усугубляет их тяжесть [4, 8]. Такие сопутствующие заболевания, как выраженный атеросклероз, гипертоническая болезнь, диабет и другие ухудшают течение ожоговой болезни, а термическая травма часто приводит к выраженному обострению этих заболеваний [2, 9].

Успешный исход лечения пострадавших старше 60 лет во многом зависит от тактики предоперационной подготовки, которая должна быть направлена на повышение иммунозащитных сил организма, коррекцию общесоматического статуса, а также методов оперативного восстановления кожного покрова [4, 7, 8, 9].

Анализ литературы позволяет прийти к заключению, что использование многочисленных методик у тяжелообожженных в пожилом и старческом возрасте дает возможность лишь продлить реанимационный период и несколько сгладить клинично-лабораторные сдвиги, но не влияет существенно на летальность [2, 5, 7, 8].

Несмотря на многочисленные публикации по различным аспектам ожоговой болезни, вопросы её клиники, диагностики, консервативного и оперативного лечения у пожилых с отягощенным преморбидным фоном нерешены, что и послужило поводом к проведению данного исследования.

**Цель исследования.** Разработать систему активной хирургической тактики обожженных старше 60 лет на основании интестификации методов общего и местного лечения.

**Материалы исследований.** В ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2002-2022 г.г. ожоговой болезнью лечились 419 пациентов пожилого и старческого возраста. В первую группу вошли 186 пациентов лечившихся в ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП с 2011 по 2012 гг. Во вторую (группа сравнения) группу вошли 233 пострадавших с ожогами лечившихся в межобластном ожоговом центре г. Самарканда за 2002-2010 гг.

Основным методом восстановления кожного покрова при глубоких ожогах является оперативное лечение с применением кожной пластики. С этой целью нами у 419 пострадавших в возрасте от 60 до 92 лет с площадью глубоких ожогов от 2 до 25% была произведена аутопластика кожи. Из них у 186 больных (I группа) с площадью глубоких ожогов от 2 до 15% была произведена некротомия 27 больным на в 1-й день после травмы, ранняя некрэктомия в сроки от 7 до 15 дней (табл. 1). Кожная пластика выполнена непосредственно после удаления некротических струпов на площади до 5% поверхности тела у 116 (62,4%) больных и у 70 (37,6%) пострадавших - от 5 до 15% поверхности тела, всего 201 пластик (от 500 до 850 см<sup>2</sup>).

Хорошее приживление кожных лоскутов было у 156 (83,9%) больных, частичная отслойка трансплантатов наступила у 25 (13,4%) пострадавших и полный лизис пересаженных аутоаллолоскутов наблюдался у 5 пациентов, у которых ранняя некрэктомия производилась на площади 10-15% поверхности тела, у которых вследствие отторжения трансплантатов наступило ухудшение общего состояния. У 171 (91,9%) пострадавших операции выполнялись в один этап, а у 15 (8,1%) - в два этапа (аутоаллопластика - у 12 больных), что было вызвано обильным кровотечением из раневой поверхности и недостаточно полным удалением некротических струпов.

Наряду с щадящей некрэктомией, с целью более быстрого отторжения некротических тканей у 22 больных применялась неполитическая терапия с использованием протеолитических ферментов и кератолитических препаратов.

**Таблица 1.** Распределение больных по характеру оперативного вмешательства (I группа, n=186)

№	Характер оперативных вмешательств	Количество операций
1	Некротомия	27
2	Ранняя хирургическая некрэктомия (РХН)	154
3	Ампутация+экзартикуляция	12
4	Аутоаллопластика	12
5	АДП	201
	ИТОГО	406
	К-во опер. на 1 больного	1:2,18
	К-во АДП на 1 больного	1:1,08

**Таблица 2.** Распределение больных по характеру оперативного вмешательства (II группа, n=233)

№	Характер оперативных вмешательств	Количество операций
1	Щадящая некрэктомия консервативная подготовка (КП)	221
2	Химическая некрэктомия	22
3	Аутодермопластика (АДП): - «марочный» - по Моулем-Джексону	17 15
4	АДП	398
	ИТОГО	673
	К-во опер. на 1 больного	1:2,88
	К-во АДП на 1 больного	1:1,70

**Таблица 3.** Частота осложнений и летальности ожоговой болезни и возраст больных (I группа)

Осложнения	Возраст больных			Всего
	60-74 лет	75-89 лет	90 лет и старше	
Пневмония, бронхопневмония, отек легких	36/3	70/7		106/10
Острый инфаркт миокарда, тромбозы, ТЭЛА, жировая эмболия	13/6	17/2	2/2	32/10
Энцефалопатия, острый психоз	3	15		18
Пиелонефриты	39	22		61
Кровотечение и перфорации язв желудка и ДПК	4/1	9/2		13/3
Пролежни	5	16		21
Сепсис	25/3	19/5		44/8
<b>ИТОГО</b>	<b>125/13</b>	<b>168/16</b>	<b>2/2</b>	<b>295/31</b>

Примечание: \*- в знаменателе указано количество умерших.

**Таблица 4.** Частота осложнений и летальности ожоговой болезни и возраст больных (II группа)

Осложнения	Возраст больных			Всего
	60-74 лет	75-89 лет	90 лет и старше	
Пневмония, бронхопневмония, отек легких	70/5	88/12	3/3	161/20
Острый инфаркт миокарда, тромбозы, ТЭЛА, жировая эмболия	10/8	23/8		33/16
Энцефалопатия, острый психоз	6	17		23
Пиелонефриты	60	15		75
Кровотечение и перфорации язв желудка и ДПК	7/4	13/2		20/6
Пролежни	14	15		29
Сепсис	39/20	20/10		59/30
<b>ИТОГО</b>	<b>206/37</b>	<b>191/32</b>	<b>3/3</b>	<b>400/72</b>

Примечание: \*- в знаменателе указано количество умерших

233 больным (II группа) с обширными глубокими ожогами 10-25% поверхности тела была произведена аутопластика кожи на гранулирующие раны. В один этап - у 133, в два этапа - у 45, и в три этапа и более - 55 больным (398 операций).

С целью увеличения площади закрываемых ран у больных с обширными ожогами, нами у 32 больных производилась аутоаллопластика кожи, из них у 17 пострадавших был применен "марочный" способ, и в 15 наблюдениях использовалась кожная пластика по методу Моулем-Джексона (аутоаллопластика). Для повышения возможностей кожной пластики при ограниченных ресурсах кожи у 102 больных были использованы так называемые сетчатые трансплантаты.

Проведенные исследования показали целесообразность сдержанной тактики, применяемой у пострадавших этого возраста, которая заключалась в сокращении объема оперативных вмешательств, выборе щадящих методов обезболивания и наиболее рациональных способов кожной пластики. Поскольку больные пожилого и старческого возраста относятся к группе с повышенным операционным риском, первая аутопластика, как правило, не превышала 4-5% поверхности тела, так как неудачная кожная пластика на такой площади существенно не отражалась на общем состоянии пострадавших, а при успешном исходе

представлялась возможность выполнения следующего этапа кожной пластики в большом объеме.

Наличие возрастных изменений и сопутствующих заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста оказывало решающее влияние на обширность одномоментной пересадки кожи.

Площадь одномоментного взятия трансплантатов составляла от 500 см<sup>2</sup> до 1100 см<sup>2</sup>, при этом у 102 больных были применены сетчатые трансплантаты, которые позволяли при меньшей площади донорской кожи закрывать большую поверхность ожоговых ран.

В наших наблюдениях из 398 аутопластик кожи на гранулирующие раны полное приживление трансплантатов отмечено в 287 случаях (72,1%), приживление 70% пересаженных лоскутов наблюдалось в 92 случаях (23,1%) и полный лизис кожных лоскутов наступил лишь в 19 случаях (4,8%).

Для взятия кожных лоскутов нами использовался электродерматом, который позволяет с высокой точностью выдерживать толщину срезаемого трансплантата, что особенно важно у лиц пожилого и старческого возраста, кожа которых атрофирована и истончена. Толщина кожных лоскутов составляла 0,2-0,3 мм.

Наряду с задачей восстановления кожного покрова после ожогов, не менее важной остается

проблема лечения ран донорских участков. При лечении донорских ран нами применялись различные методы (повязки с антисептиками, антибиотиками, асептические повязки, альгипор и силикон).

**Результаты исследования.** Лечение ожоговой болезни у пожилых часто отягощается различного рода осложнениями, что способствует высокой летальности (табл. 3 и 4).

В различные периоды ожоговой болезни умерло 31 (14,3%) из 217 пострадавших I группы, 72 (23,6%) - из 305 II группы пациентов. Общая летальность составила 19,7%. Основной причиной смерти были: шок, пневмония, сочетание сепсиса и пневмонии, а также осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы и тромбоза.

**Выводы.** Ранняя некрэктомия и некролитическая терапия, как методы ускоренной подготовки ожоговых ран к кожной пластике у лиц старше 60 лет, могут быть рекомендованы лишь у физически крепких больных без выраженных нарушений функции внутренних органов, при площади глубокого ожога не более 5-10% поверхности тела. Ранняя некрэктомия у пострадавших 60 лет и старше должна выполняться на площади глубокого ожога 10-15% в два этапа: сначала удаляются некротические ткани, а через 2-3 дня производится аутоалло- или аутодермопластика.

При подготовке ран к кожной пластике у пострадавших пожилого и старческого возраста наиболее рациональным методом следует считать этапные щадящие бескровные некрэктомии, осуществляемые на перевязках по мере отторжения некротических тканей, которые позволяют начать оперативное лечение на 25-28 день с момента травмы и сохранить защитные силы организма на более длительное время. Активная хирургическая тактика (РХН, АДП) у пострадавших с глубокими поражениями до 7-10% не увеличивает летальность по сравнению с консервативной тактикой, но сокращает койко-день в 2 раза и летальность с 23,6 до 14,3%.

При определении тактики лечения и выбора метода хирургического вмешательства следует учитывать не календарный а биологический возраст, и не арифметическую сумму предшествующих заболеваний, а фазу их развития и остроту. Активная хирургическая тактика не приводит к обострению предшествующей патологии.

Общая летальность среди пострадавших пожилого и старческого возраста с глубокими ожогами достигает 19,7%. В отличие от молодых пациентов, у пострадавших пожилого и старческого возраста 17,6% смертей обусловлены неинфекционными причинами.

#### Литература:

1. Бойко В. В. и др. Возможности комбинированного лечения и профилактика осложнений при субфасциальных ожогах // Харківська хірургічна школа. – 2015. – №. 1. – С. 89-95.
2. Карабаев Б., Фаязов А. Наш опыт лечения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Журнал вестник врача. – 2011. – Т. 1. – №. 01. – С. 110-114.
3. Карабаев Х. и др. Желудочно-кишечные кровотечения при ожоговой болезни // Журнал вестник врача. – 2013. – Т. 1. – №. 01. – С. 70-74.
4. Ризаев Ж.А. и др. Особенности течения пневмонии, ассоциированной с кариесом зубов, у детей // Тиббиёт ва спорт Medicine and Sport. – 2020. – С. 3.
5. Рузубов С. Оптимизация хирургического лечения глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном. – 2011.
6. Фаязов А. Д., Ажиниязов Р. С. Особенности течения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – №. 3. – С. 54-57.
7. de Sire A. et al. Sarcopenic dysphagia, malnutrition, and oral frailty in elderly: a comprehensive review // Nutrients. – 2022. – Т. 14. – №. 5. – С. 982.
8. Johnson I. P. Age-related neurodegenerative disease research needs aging models // Frontiers in aging neuroscience. – 2015. – Т. 7. – С. 168.
9. Keller S. M., Burns C. M. The aging nurse: Can employers accommodate age-related changes? // AAOHN Journal. – 2010. – Т. 58. – №. 10. – С. 437-446.
10. Reich A., Ständer S., Szepietowski J. C. Pruritus in the elderly // Clinics in dermatology. – 2011. – Т. 29. – №. 1. – С. 15-23.

#### **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Даминов Ф.А.

**Резюме.** Цель исследования. Разработать систему активной хирургической тактики обожженных старше 60 лет на основании интестификации методов общего и местного лечения. Материалы исследований. В ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2002-2022 г.г. ожоговой болезнью лечились 419 пациентов пожилого и старческого возраста. Результаты исследования. Лечение ожоговой болезни у пожилых часто отягощается различного рода осложнениями, что способствует высокой летальности. Выводы. Активная хирургическая тактика (РХН, АДП) у пострадавших с глубокими поражениями до 7-10% не увеличивает летальность по сравнению с консервативной тактикой, но сокращает койко-день в 2 раза и летальность с 23,6 до 14,3%.

**Ключевые слова:** ожоговая болезнь, пожилой и старческий возраст, ранняя хирургическая некрэктомия, аутодермопластика.