

ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

А.Д. ФАЯЗОВ¹, А.И. АХМЕДОВ², А.Г. МИРЗАКУЛОВ¹

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Самаркандский государственный медицинский институт, Узбекистан

PREDICTION OF DEVELOPMENT OF ACUTE GASTRO-DUODENAL COMPLICATIONS IN SEVERELY BURNED PATIENTS

A.D. FAYAZOV¹, A.I. AKHMEDOV², A.G. MIRZAKULOV¹

¹Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan

²Samarkand State Medical Institute, Uzbekistan

Материал и методы. Изучены результаты исследования 85 пациентов с обширной термической травмой, получавших лечение в Самаркандском городском медицинском объединении в 2018–2020 гг. Первую группу составили 45 (53%) обожженных, у которых отмечалось развитие острых гастродуоденальных осложнений в первые 7 суток после травмы; вторую группу – 40 (47 %) пострадавших, у которых ожоговая болезнь протекала без развития острых гастродуоденальных осложнений.

Результаты. При поздней госпитализации и задержке начала интенсивной терапии более чем через 12 ч от момента термической травмы в 57,8% наблюдений развивались острые гастродуоденальные осложнения. В группе с общей площадью ожога менее 40% развитие острых гастродуоденальных осложнений было на 42,2 % меньше. На 2-й неделе ожоговой болезни у больных с площадью глубокого ожога более 10% п.т. острые гастродуоденальные осложнения развиваются в 1,5 раза чаще. У обожженных, у которых индекс Франка составлял более 130 ед., острые гастродуоденальные осложнения развивались в 9 раз чаще, чем среди пострадавших, у которых данный показатель был менее 70 ед.

Выводы. Обосновано применение 7 параметров в качестве основных прогностических критериев предлагаемой шкалы прогноза развития острых гастродуоденальных осложнений у тяжелообожженных.

Ключевые слова: ожоговая травма, ожоговая болезнь, гастродуоденальные осложнения, индекс тяжести поражения.

Material and methods. The results of a study of 85 patients with extensive thermal trauma treated at the Samarkand City Medical Association in 2018-2020 were studied. The first group consisted of 45 (53%) burned patients who had the development of acute gastroduodenal complications in the first 7 days after the injury; the second group consisted of 40 (47%) victims whose burn disease proceeded without the development of acute gastroduodenal complications.

Results. Acute gastroduodenal complications developed in 57.8% of cases with late hospitalization and delayed initiation of intensive care more than 12 hours after the moment of thermal injury. In the group with a total burn area of less than 40%, the development of acute gastroduodenal complications was 42.2% less. At the 2nd week of burn disease, acute gastroduodenal complications develop 1.5 times more often in patients with a deep burn area of more than 10% of the body surface. In burned patients, in whom the Franc index was more than 130 units, acute gastroduodenal complications developed 9 times more often than among the victims, in whom this indicator was less than 70 units.

Conclusions. The application of 7 parameters as the main prognostic criteria of the proposed prognosis scale for the development of acute gastroduodenal complications in severely burned patients is substantiated.

Key words: burn injury, burn disease, gastroduodenal complications, injury severity index.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol14_iss5/a2

Несмотря на достижения современной хирургии, комбустиологии и реаниматологии, диагностика, профилактика и лечение острых гастродуоденальных осложнений (ГДО) у обожженных остаются до конца не изученными, что заставляет осуществлять поиск критериев выбора индивидуального подхода у этой категории больных [7,8].

Наиболее частым видом ГДО у тяжелообожженных является геморрагический синдром из верхних отделов желудочно-кишечного тракта [9,11]. Центральным звеном патогенеза эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки при ожоговой болезни выступает повреждение слизистой оболочки, которое обусловлено

дисбалансом защитных механизмов при нарастании эндотоксикоза и нарушением процессов микроциркуляции в подслизистом слое [5,10]. Развитие ишемического поражения вплоть до некроза стенки в клинической практике проявляется различными моторно-эвакуаторными нарушениями, кровотечениями из эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки. Всё вышесказанное определяет направления лечебной тактики у данной категории больных, которая должна включать препараты, улучшающие реологические параметры крови, стабилизирующие процессы перекисного окисления липидов и восстанавливающие показатели тканевого дыхания [4,6].

По данным Бобровникова А.Э. острые эрозии и язвы ЖКТ наблюдаются в 30,3-66,1% случаев у больных с ожоговой травмой [1]. Согласно данным Вагнера Д.О., одним из неблагоприятных осложнений ожоговой болезни являются желудочно-кишечные кровотечения, которые встречаются у 10-30% пострадавших с шокогенной термической травмой. Летальность у данной категории больных может достигать до 80%, что обуславливает актуальность данной проблемы в современной комбустиологии [2,3].

Цель: прогнозирование вероятности развития острых гастродуоденальных осложнений у тяжелообожженных.

Материалы и методы

Общий массив исследования составил 85 пострадавших с обширными ожогами за 2018–2020 гг., лечившихся в ожоговом отделении Самаркандского городского медицинского объединения. На основании данных о течении ожоговой болезни (ОБ) (осложненное и неосложненное) с развитием острых гастродуоденальных осложнений, все пациенты были разделены на две группы: основную группу составили 45 (53%) обожженных, у которых ожоговая болезнь сопровождалась развитием острых гастродуоденальных осложнений в первые 7 суток после травмы; контрольную группу – 40 (47 %) пострадавших, у которых ОБ не осложнилась развитием острых гастродуоденальных осложнений в первые 2 недели после поступления. Больные I-й группы получали H₂-блокаторы гистаминовых рецепторов.

Анализ клинических, лабораторных и инструментальных данных, отражающих состояние пострадавших с тяжелой ожоговой травмой, позволил выделить 7 параметров, которые являются наиболее информативными по частоте

обнаружения при осложненном и не осложненном течении ожоговой болезни. К ним относятся: отсрочка поступления и начала интенсивной терапии (ИТ) позже 12 ч, общая площадь ожога 40 % и более, площадь глубокого ожога 10 % и более, а также индекса тяжести поражения (ИТП) более 130 ед., развитие термоингаляционного поражения дыхательных путей (ТИПДП) и продолжительность ИВЛ более 48 ч, сопутствующую язвенную болезнь в анамнезе более 5 лет. Эти параметры, по нашему мнению, являются основными в разработке шкалы прогноза вероятности развития острых гастродуоденальных осложнений у таких пострадавших.

Полученные результаты о тяжелообожженных обеих групп были учтены при последующем анализе вероятности развития острых гастродуоденальных осложнений на 3-и сутки от момента травмы, течение в период ожогового шока и ожоговой токсемии, и обработаны методами вариационной статистики.

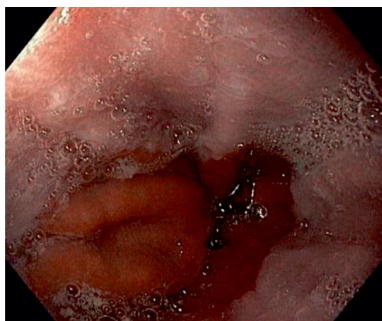
Результаты и обсуждение

Ввиду того, что больные до момента получения ожоговой травмы не предъявляли жалоб в отношении пищеварительной системы и ранее у некоторой части из них при выполнении ЭГДС в анамнезе патология отсутствовала, то изменения, которые были выявлены при эндоскопическом исследовании мы считали непосредственно связанными с термическим фактором. Среди больных основной группы наблюдался целый ряд гастродуоденальных осложнений, которые выявлены при ЭГДС и были объединены в 3 группы: воспалительные поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивно-язвенные поражения и моторно-эвакуаторные нарушения. Причем у одного пострадавшего могли наблюдаться как комплекс осложнений в пределах вышеназванных групп, так и их сочетания.

У больных контрольной группы вышеуказанных осложнений не наблюдалось, в связи с чем сравнительную характеристику между группами мы не выполняли.

Среди воспалительных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки следует отметить такие, как рефлюкс-эзофагит (n=18), катаральный (n=17) и геморрагический (n=4) гастродуоденит (рис. 1).

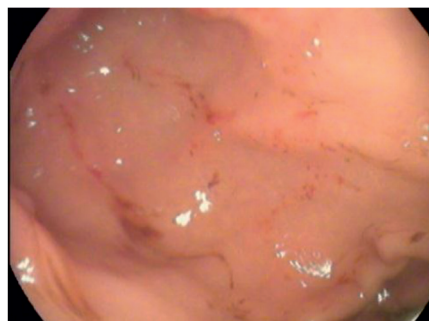
Из эрозивно-язвенных осложнений среди пострадавших на ЭГДС выявлялись как поверхностные (эрозивные) (n=19) и глубокие (язвенные) (n=11) поражения, так и их сочетания (n=9) (рис. 2).



а



б



в

Рис. 1. Эндоскопическая картина воспалительных поражений слизистой оболочки пищевода и желудка: а) рефлюкс-эзофагит; б) катаральный гастрит; в) геморрагический гастрит

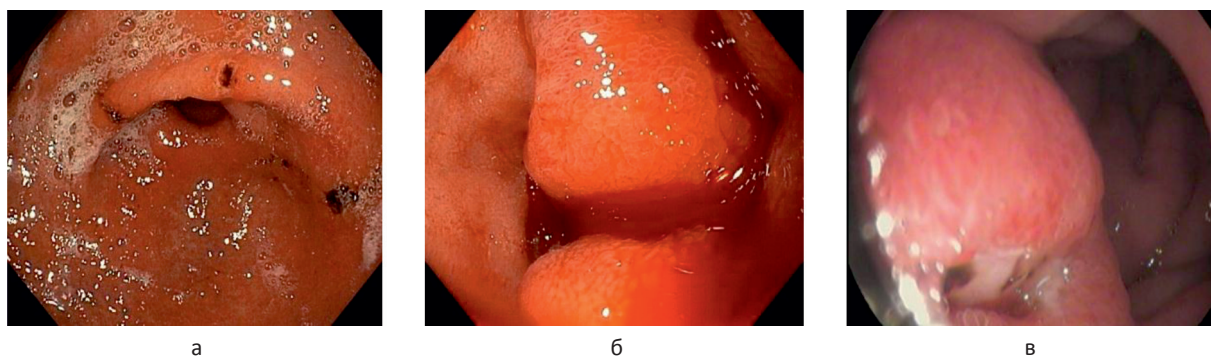


Рис. 2. Эндоскопическая картина эрозивно-язвенных поражений желудка и ДПК: а) множественные эрозии антрального отдела желудка, осл. остановившимся кровотечением; б) хроническая язва луковицы ДПК, осложненная продолжающимся кровотечением; в) хроническая язва ДПК, осложненная остановившимся кровотечением

Помимо воспалительных и эрозивно-язвенных осложнений со стороны слизистой оболочки и подслизистого слоя, особое место занимали моторно-эвакуаторные осложнения в виде гастростаза ($n=42$) и дуодено-гастрального рефлюкса ($n=22$), которые усугубляли течение ожоговой болезни (рис. 3).

Нами была изучена динамика эндоскопической картины с наличием вышеуказанных групп осложнений при ожоговой болезни.

При этом, несмотря на проводимую интенсивную консервативную терапию, воспалительные изменения сохранялись до 2 недель от момента получения ожоговой травмы, причем если для воспалительного процесса в слизистой оболочке пищевода было характерно снижение, то в отношении слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки отмечалась обратная динамика (рис. 4).

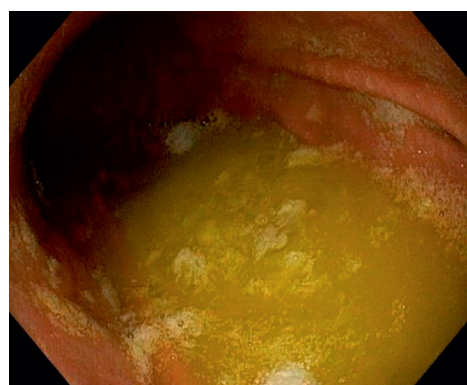


Рис. 3. Моторно-эвакуаторные осложнения при ожоговой болезни: дуодено-гастральный рефлюкс желчи с гастростазом



Рис. 4. Динамика воспалительных осложнений при ожоговой болезни ($n=45$)

В отношении эрозивно-язвенных осложнений следует отметить тот факт, что на 7 сутки от момента получения термической травмы у 100% больных имелись поверхностные и (или) глубокие повреждения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, которые в неко-

торых случаях осложнялись геморрагическим синдромом (рис. 5). На 2-й неделе при благоприятном течении ожоговой болезни отмечалось рубцевание хронических язв двенадцатиперстной кишки, в связи с чем они исключались в качестве ГДО.

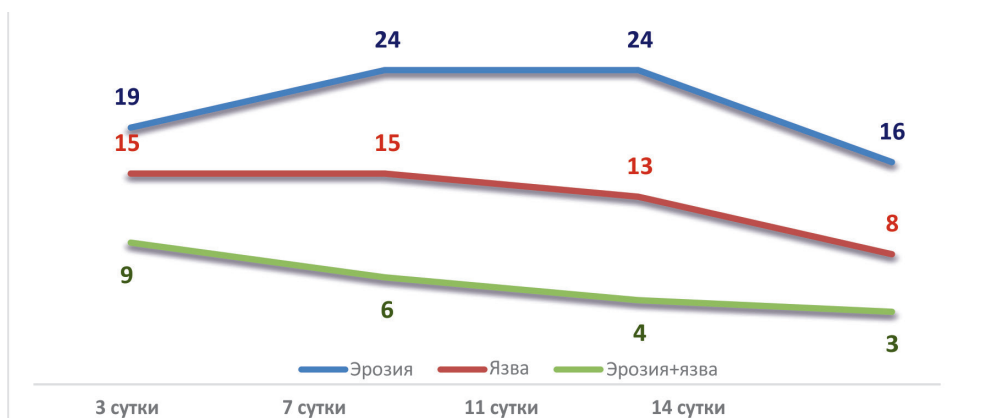


Рис. 5. Динамика эрозивно-язвенных осложнений при ожоговой болезни (n=45).

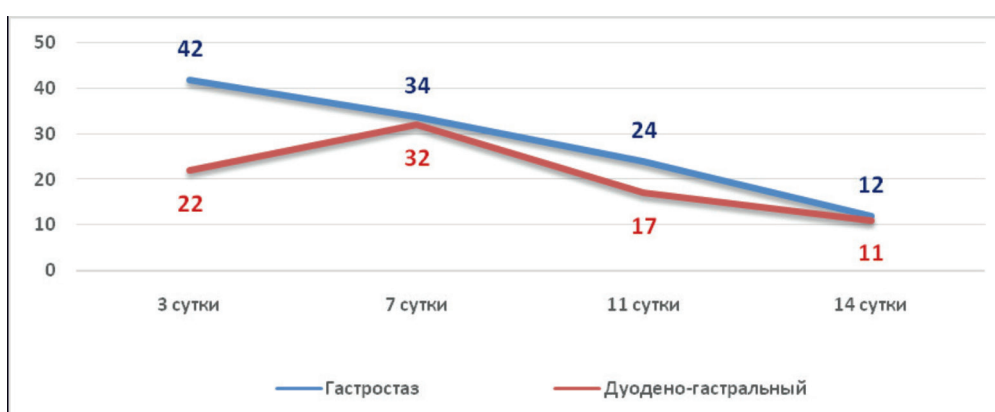


Рис. 6. Динамика моторно-эвакуаторных осложнений при ожоговой болезни (n=45).

Моторно-эвакуаторные осложнения хорошо поддавались консервативной терапии, и при анализе их динамики отмечалось существенное снижение как частоты их выявления, так и степени выраженности (рис. 6).

Одним из основных факторов развития острых гастроудоденальных осложнений стала запоздалое поступления обожженных в ожоговое отделение Самаркандского городского медицинского объединения и, соответственно, время начала противошоковой интенсивной терапии (ИТ).

Таблица 1. Распределение обожженных с острыми гастроудоденальными осложнениями с учетом отсрочки поступления в ожоговое отделение и начала ИТ

Гастроудоденальные осложнения	Сроки поступления и начала ИТ, абс. (%)	
	До 12 часов	После 12 часов
Есть, n=45	19 (42,2)	26 (57,8)
Нет, n=40	17 (42,5)	23 (57,5)

Результаты наших исследований свидетельствуют, что при отсрочке госпитализации в специализированное лечебное учреждение и начала ИТ более чем через 12 ч в 57,8% наблюдений отмечено развитие острых гастроудоденальных осложнений, в то время как у пострадавших, у которых ожоговая болезнь также развилась острыми гастроудоденальными осложнениями, этот показатель соответствовал норме и был на 15,6% меньше (42,2%) (табл. 1). Таким образом, отсрочка госпитализации в специализированное лечебное учреждение и начала ИТ позже 12 ч приводит к развитию осложнений

ОБ в виде острого гастроудоденального осложнения на 15,6% больше.

Такой показатель, как общая площадь ожогового поражения, особенно если она превышает 40%, существенно влияет на вероятность развития острого гастроудоденального осложнения. В группе, где острые гастроудоденальные осложнения развились, у 71,1% обожженных общая площадь ожога была более 40%, а там, где общая площадь ожога не превышала 40%, развитие острых гастроудоденальных осложнений было на 42,2% меньше (табл. 2).

Таблица 2. Распределение обожженных с острыми гастродуоденальными осложнениями с учетом общей площади ожогового поражения

Гастродуоденальные осложнения	Общая площадь ожога от поверхности тела, абс. (%)	
	< 40%	> 40%
Есть, n=45	13 (28,9)	32 (71,1)
Нет, n=40	18 (45)	22 (55)

Следовательно, такой критерий, как общая площадь ожогового поражения (более 40%), имеет достоверное значение при определении степени риска развития острых гастродуоденальных осложнений у пострадавших от обширных ожогов и приводит к этому в 2,5 раза чаще.

В группе обожженных с развившимися острыми гастродуоденальными осложнениями в 62,2% наблюдений площадь глубокого ожога превышала 10%, а там, где общая площадь глубокого ожога не превышала 10% п.т., развитие острых гастродуоденальных осложнений было на 24,2 % меньше (табл. 3).

Таблица 3. Распределение обожженных с острыми гастродуоденальными осложнениями с учетом площади глубокого ожогового поражения

Гастродуоденальные осложнения	Площадь глубокого ожога, абс. (%)	
	менее 10% п.т.	более 10% п.т.
Есть, n=45	17 (37,8%)	28 (62,2%)
Нет, n=40	21 (52,5%)	19 (47,5%)

Таким образом, при анализе частоты развития осложнений на 2-й неделе ожоговой болезни с учетом площади глубокого ожога более 10% осложнения в виде острых гастродуоденальных осложнений у тяжелообожженных развиваются в 1,5 раза чаще.

При анализе индекса тяжести поражения выявлено, что у обожженных, у которых индекс тяжести поражения (ИТП) составлял более 130 ед., острые гастродуоденальные осложнения развивались в 9 раза чаще, чем среди пострадавших, у которых данный показатель был менее 70 ед. – 62,2 и 6,7%, соответственно (табл. 4).

Таблица 4. Частота развития острых гастродуоденальных осложнений при различных показателях индекса тяжести поражения (ИТП), абс. (%)

Гастродуоденальные осложнения	Величина ИТП (баллы)		
	<70	71-130	>130
Есть, n=45	3 (6,7)	14(31,1)	28 (62,2)
Нет, n=40	25 (62,5)	10 (25)	5 (12,5)

По данным нашего исследования выяснилось, что наличие термоингаляционного поражения дыхательных путей (ТИП ДП) имеет важное значение при прогнозе развития ос-

ложнений у тяжелообожженных в виде острого гастродуоденального осложнения (табл. 5) и связано с еще одним прогностическим критерием – применением ИВЛ дольше 48 ч.

Таблица 5. Частота острых гастродуоденальных осложнений с учетом наличия ТИП ДП

Гастродуоденальные осложнения	Тяжесть ТИП ДП(степень), абс. (%)		
	I	II	III
Есть, n=45	2 (4,4)	13(28,9)	30 (66,7)
Нет, n=40	29 (72,5)	6 (15)	5 (12,5)

Среди тяжелообожженных, у которых ИВЛ впервые 3 суток применялась дольше 48 ч, развитие острых гастродуоденальных осложнений констатируются практически в 3 раза чаще, чем у тех пострадавших, у которых применение ИВЛ не превышало 48 ч.

При анализе данных о частоте сопутствующих патологических состояний и наличия в анамнезе язвенной болезни более 5 лет выявлено, что острые гастродуоденальные осложнения развиваются в 1,2 раза чаще, чем среди пострадавших с не осложненным анамнезом – 64,4 и 35,6% соответственно (табл. 6).

Таблица 6. Частота острых гастродуоденальных осложнений с учетом наличия сопутствующего заболевания, абс. (%)

Гастродуоденальные осложнения	Сопутствующее заболевание	
	Нет	Есть
Есть, n=45	16 (35,6)	29 (64,4)
Нет, n=40	31 (77,5)	9 (22,5)

Все указанные признаки с учетом развития острых гастродуоденальных осложнений у тяжелообожженных были структурно распределены, для каждого из них вычисляли индекс отношения частоты его встречаемости при осложненном и не осложненном течении ожоговой болезни, весовые коэффициенты и натуральный алго-

ритм этого индекса. Дробные значения логарифмов для удобства расчетов заменялись эквивалентными, увеличенными в 10 раз, целыми числами условных единиц, которые, в свою очередь, и представляли весовой коэффициент прогноза для соответствующего признака (табл. 7).

Таблица 7. Клинико-лабораторные факторы развития острых гастродуоденальных осложнений у тяжелообожженных на 3-и сутки с момента получения ожоговой травмы.

Признак	Уровень (частота) наблюдения признака		Индекс соотношения	Весовой коэффициент прогноза
	Основная группа, n = 45	Контрольная группа, n = 40		
Отсрочка поступления и начала ИТ 12 ч и более:				
нет	19 (42,2)	23 (57,5)	0,805	-2,2
есть	26 (57,8)	17 (42,5)	1,227	2,0
Общая площадь ожога 40 % и более:				
нет	13 (28,9)	18 (45)	0,539	-6,2
да	32 (71,1)	22 (55)	1,417	3,5
Площадь глубокого ожога 10 % и более:				
нет	17 (37,8)	21 (52,5)	0,645	-4,4
да	28 (62,2)	19 (47,5)	1,623	4,8
ИТП (ед.):				
менее 70	3 (6,7)	25 (62,5)	0,195	-16,3
71-130	14 (31,1)	10 (25)	0,731	-3,1
более 130	28 (62,2)	5 (12,5)	4,667	15,4
ТИП ДП, степень:				
I	2 (4,4)	29 (72,5)	0,090	-24,0
II	13 (28,9)	6 (15)	3,400	12,2
III	30 (66,7)	5 (12,5)	10,587	23,6
ИВЛ более 48 ч				
нет	11 (24,4)	30 (75)	0,245	-14,1
да	34 (75,6)	10 (25)	5,717	17,4
Язвенная болезнь в анамнезе 5 лет и более:				
нет	16 (35,6)	31 (77,5)	0,451	-8,0
есть	29 (64,4)	9 (22,5)	5,310	16,7

На основе этих показателей создана шкала прогноза развития острых гастродуоденальных осложнений у тяжелообожженных, согласно которой каждому выбранному признаку для прогноза определено адекватное значение или диапазон значений, при помощи которых рассчитывали соответствующие им весовые коэффициенты. Все коэффициенты по этим 7 показателям суммировали, а сумма соответствовала индексу прогноза (ИП): -15 условных единиц и менее, от -15 до +15 условных единиц, +15 условных единиц и более.

Значения ИП рассчитывались при доверительном интервале от -15 до +15 условных единиц. При ИП, большем или равном +15 условных единиц, с большой вероятностью (более 85%) можно ожидать развития острых гастродуоденальных осложнений.

Если ИП меньше или равно -15 условных единиц, то с такой же вероятностью осложнения в виде острых гастродуоденальных осложнений не разовьются. При величине ИП от -15 до +15 условных единиц прогноз неопределенный, с вероятностью развития острых гастродуоденальных осложнений 50 %.

Заключение

Среди гастродуоденальных осложнений при ожоговой болезни наиболее частыми являются воспалительные, эрозивно-язвенные поражения и моторно-эвакуаторные нарушения, причем степень их выраженности меняется в зависимости от сроков течения ожоговой болезни и интенсивной терапии. Проанализированные данные подтверждают правильность выбора прогностических критериев развития острых гастродуоденальных осложнений у тяжелообожженных. Изучение клинической картины и течения ожоговой болезни, результатов лечения пострадавших, перенесших тяжелую ожоговую травму, позволило создать шкалу прогноза развития острых гастродуоденальных осложнений, высокая достоверность которой позволяет прогнозировать развитие острых гастродуоденальных осложнений и принимать своевременные профилактические меры.

Литература

1. Бобровников А.Э., Крутиков М.Г. Анализ эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта и кровотечений из них у пострадавших с

- ожогами. Мат. Всерос. научн.-практ. конф. с международным участием «Термические поражения и их последствия». Ялта. 2016:43-46. [Bobrovnikov A.E., Krutikov M.G. Analiz erozivno-yazvennykh porazheniy zheludochno-kishechnogo trakta i krovotечeniye iz nikh u postradavshikh s ozhogami. Mat. Vseros. nauchn. prakt. konf. s mezhdunarodnym uchastiem «Termicheskie porazheniya i ikh posledstviya». Yalta. 2016:43-46. In Russ.]
2. Вагнер Д.О., Вербицкий В.Г. Комплексная профилактика желудочно-кишечных кровотечений у пострадавших с шокогенной термической травмой. Мат. Всерос. научн.-практ. конф. с международным участием, посвящ. 70-летию первого ожогового центра России. СПб. 2016:19-22. [Vagner D.O., Verbitskiy V.G. Kompleksnaya profilaktika zheludochno-kishechnykh krovotечeniye u postradavshikh s shokogennoy termicheskoy travmoy. Mat. Vseros. nauchn. prakt. konf. s mezhdunarodnym uchastiem, posvyashch. 70-letiyu pervogo ozhogovogo tsentra Rossii. SPb. 2016:19-22. In Russ.]
 3. Вагнер Д.О., Крылов К.М., Шлык И.В. и соавт. Сравнение эффективности H_2 -блокаторов и ингибиторов протонной помпы у пострадавших с обширными ожогами. Мат. Всерос. научн.-практ. конф. «Скорая медицинская помощь – 2015». СПб. 2015:25-26. [Vagner D.O., Krylov K.M., Shlyk I.V. i soavt. Sravnenie effektivnosti H_2 -blokatorov i ingibitorov protonnoy pompy u postradavshikh s obshirnymi ozhogami. Mat. Vseros. nauchn. prakt. konf. «Skoraya meditsinskaya pomoshch' – 2015». SPb. 2015:25-26. In Russ.]
 4. Романенков Н.С. Возможности современных медицинских технологий в профилактике и устранении осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пострадавших от ожогов. Автореф. дис....канд. мед. наук. Великий Новгород. 2014. [Romanenkov N.S. Vozmozhnosti sovremennykh meditsinskikh tekhnologiy v profilaktike i ustranении oslozhneniy yazvennoy bolezni zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki u postradavshikh ot ozhogov. Avtoref. dis....kand. med. nauk. Velikiy Novgorod. 2014. In Russ.]
 5. Фаязов А.Д., Ахмедов А.И., Бабажанов А.С. и соавт. Усовершенствование лечения тяжелообожженных на фоне хронических гастродуоденальных язв. Вестн. науки и обр. 2021;4(107):18-26. [Fayazov A.D., Akhmedov A.I., Babazhanov A.S. i soavt. Usovershenstvovanie lecheniya tyazhe-loobozhzhennykh na fone khronicheskikh gastro-duodenal'nykh yazv. Vestn. nauki i obr. 2021;4(107):18-26. In Russ.]
 6. Чичков О.В., Скребин О.Н., Горшенин Т.Л. и соавт. Особенности клиники, диагностики и лечения больных кровоточащей гастродуоденальной язвой, пострадавших от ожогов. Журн. фундаментальные исследования. Пенза. 2014;10-1:208-211. [Fayazov A.D., Akhmedov A.I., Babazhanov A.S. i soavt. Usovershenstvovanie lecheniya tyazhe-loobozhzhennykh na fone khronicheskikh gastro-duodenal'nykh yazv. Vestn. nauki i obr. 2021;4(107):18-26. In Russ.]
 7. Akhmedov A.I., Fayazov A.D., Babajanov A.S. et al. The possibility of predicting the development of acute gastroduodenal complications in severely burned patients. XXII international correspondence scientific specialized conference «international scientific review of the problems of natural sciences and medicine». Boston. USA. 2021;10-15.
 8. Fayazov A.D., Babajanov A.S., Akhmedov A.I. et al. Risk factors and features of treatment of acute gastroduodenal bleeding in severely burned PATIENTS. LXIX international correspondence scientific and practical conference «European research: innovation in science, education and technology» 2021 London, United Kingdom.
 9. Yenikomshian H., Yenikomshian H., Reiss M. et al. Gastric feedings effectively prophylax against upper gastrointestinal hemorrhage in burn patients. J. Burn Care Res. 2011;32(2):263-268.

ОҒИР КУЙГАНЛАРДА ЎТКИР ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА УЛАРНИ ТАХМИН ҚИЛИШ

А.Д. ФАЯЗОВ¹, А.И. АХМЕДОВ², А.Г. МИРЗАКУЛОВ¹

¹Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази

²Самарқанд давлат тиббиёт институти

Материал ва услублар. 2018–2020 йилларда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасига оғир тарқоқ термик травма билан ётқизилган 85 беморни даволаш натижалари ўрганилди. Асосий гуруҳ куйган 45 (53%) касаллардан иборат бўлиб, уларда жароҳатлардан кейинги дастлабки 7 кун ичида ўткир гастродуоденал асоратлари ривожланган; назорат гуруҳи 40 (47%) беморлардан иборат бўлган, уларнинг куйиш касаллиги қабул қилинганидан кейинги дастлабки 2 ҳафта ичида ўткир гастродуоденал асоратларнинг ривожланиши давом этди.

Натижалар. Шифохонага 12 соатдан кўпроқ вақт ўтгач госпитализация қилиниши сабабли интенсив даво кеч бошланган беморларнинг 57,8% ида ўткир гастродуоденал асоратлар кузатилди. Куйишнинг умумий майдони 40% дан кам бўлган беморлар гуруҳида ўткир гастродуоденал асоратларнинг ривожланиши 42,2% га кам бўлган. Куйиш касаллигининг 2-ҳафтасида, 10% дан ортиқ чуқур куйиш майдони ҳисобга олган ҳолда, оғир куйган беморларда ўткир гастродуоденал асоратлар 1,5 барабар кўпроқ ривожланди. Франк индекси 130 бирликдан ортиқ бўлган куйган беморларда гастродуоденал ўткир асоратлар ушбу кўрсаткич 70 бирликдан кам бўлган жабрланганларга қараганда 9 маротаба кўпроқ кузатилди.

Хулоса. Ушбу тадқиқот натижасида аниқланган статистик кучли прогностик аҳамиятга эга бўлган 7 параметрдан фойдаланилган ҳолда ўткир гастродуоденал асоратларнинг ривожланишини башорат қилиш ўз вақтида профилактика чораларини қўриш имконини беради.

Калит сўзлар: куйиш жароҳати, куйиш касаллиги, гастродуоденал асоратлар, шикастланишнинг оғирлик қўрсаткичи.

Сведения об авторах:

Фаязов А.Д. – доктор медицинских наук, руководитель отдела комбустиологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Тел.: +998998193232, E-mail: Fayazov1960@mail.ru.

Ахмедов А.И. – ассистент кафедры хирургической болезни педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского института. Тел.: +998906559064, E-mail: aixmedov@mail.ru.

Мирзакулов А.Г. – доктор PhD, специалист по новым медицинским технологиям отдела внешних связей и новых технологий Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Тел.: +99894 6398024, E-mail: akmalka84@mail.ru.

Поступила в редакцию 07.04.2021

Information about the authors:

Fayazov A.D. – Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Combustiology of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine. Tel.: +998998193232, E-mail: Fayazov1960@mail.ru.

Akhmedov A.I. – Assistant of the Department of Surgical Disease of the Pediatric Faculty of the Samarkand State Medical Institute. Tel.: +998906559064, E-mail: aixmedov@mail.ru.

Mirzakulov A.G. – PhD, specialist in new medical technologies of the Department of External Relations and New Technologies of the Republican Scientific Center of Emergency Medicine. Tel.: +99894 6398024, E-mail: akmalka84@mail.ru .

Received 07.04.2021