

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ БОЛЬНЫХ

Меламед В.Д.¹, Головня В.И.², Савицкий С.В.²

УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,

УЗ «Городская клиническая больница
скорой медицинской помощи, г. Гродно»²,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Основным в лечении ожоговых больных, как и больных с обширными ранами различного генеза, является максимально раннее восстановление утраченного кожного покрова, предусматривающее удаление ожогового струпа до развития инфекционных осложнений [1]. Это обусловлено тем, что инфекция является одним из ведущих факторов, определяющих патогенез не только ожоговых ран, но и ожоговой болезни в целом. Иссечение некротических тканей способствует прерыванию ожоговой болезни в стадии токсемии и предотвращению развития септикотоксемии. Создаются оптимальные условия для приживления дермотрансплантатов. Наиболее существенными причинами отказа от раннего иссечения некротизированных тканей ожоговых ран являются отсутствие объективной клинической верификации глубины поражения в первые сутки после термической травмы; травматичность ранней некрэктомии (РН) и сопровождающая их значительная кровопотеря; поздняя госпитализация в специализированный стационар, обусловленная недостаточными знаниями хирургов о возможности раннего хирургического лечения (РХЛ).

Результаты и обсуждение. Проанализированы 16 историй болезни у больных ожоговой болезнью, находившихся в ожоговом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно, в лечении которых использовано РХЛ. Возраст больных варьировал от 22 до 78 лет, среди них 13 мужчин и 3 женщины, общая площадь ожогов от 14% до 60%. Койко-дни до операции колебались от 2 до 7 суток. У всех больных выполнялись РН площадью не более 10%. РН осуществляли тангенциально (послойное иссечение струпа на определенную глубину) с использованием дерматомов или некротомов, либо иссекали струп скальпелем до за-

ведомо жизнеспособных тканей. Восстановление кожного покрова после выполненной РН производили, как правило, на 4–5-е сутки трансплантацией перфорированных лоскутов расщепленной аутокожи. Оставшиеся ожоговые раны вели традиционно. Количество последующих операций по закрытию кожных дефектов – от 1 до 5. Процент приживления аутодермотрансплантатов составил 74,4%. Умер 1 (6,2%) пациент, у которого тяжелая ожоговая болезнь сопровождалась ожогом дыхательных путей. Койко-дни после операции варьировали от 20 до 105 дней. Инфекционных осложнений у оперированных больных не наблюдали.

Лечение больных с локальными глубокими ожогами (ЛГО) требует дифференцированного подхода к выбору консервативного либо оперативного метода лечения, так как непосредственные и отдаленные результаты часто приводят к рубцовым деформациям и контрактурам, при этом до 40% обожженных нуждаются в последующей хирургической реабилитации. РХЛ обуславливает снижение частоты инфекционных осложнений, улучшение функциональных результатов лечения, значительный экономический эффект. Был проведен анализ 107 историй болезней у больных с ЛГО, в лечении которых использовано РХЛ. Общая площадь ожогов составляла от 0,5% до 6% поверхности тела, возраст пациентов варьировал от 7 до 87 лет, время от момента получения травмы до операции составляло от нескольких часов до 7 суток. РН выполнялась на 1–5 сутки с момента травмы, то есть в период до развития в ране признаков воспаления и начала активной колонизации ожогового струпа патогенной микрофлорой. Использовали скальпельную эксцизию, либо дерматом для выполнения дермо-эпидермальных или субфасциальных некрэктомий. Пластическое закрытие ран осуществляли одномоментно, либо на 3–5-е сутки расщепленным кожным лоскутом, также использовали пластику местными тканями. Несвободную кожную пластику применяли только после иссечения пораженных глубоких анатомических структур, преимущественно на кистях (в том числе с использованием лоскутов с осевым кровоснабжением). Полное приживление отмечено у 74 больных (69,1%), частичный лизис (до 20%) – у 24 больных (22,6%). Неудачный исход аутодермопластики был зарегистрирован у 9 (8,3%) пациентов, что было обусловлено нерадикальностью некрэктомии, а также образова-

нием под трансплантатами гематом с последующей их отслойкой. Койко-дни после операции варьировали от 5 до 18 суток. Умерших не было.

Острые язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке (Curling) остаются серьезной хирургической проблемой из осложнений, развивающихся при обширных ожогах и являющихся главной причиной смертельных исходов после сепсиса и шока. Они диагностируются у 0,2–1,8% от общего числа ожоговых больных, но в группе тяжелообожженных эти показатели возрастают в 2,5–3 раза. При эндоскопическом исследовании у больных с обширными ожогами острые язвы желудочно-кишечного тракта встречаются в 24,5% наблюдений. Проанализированы истории 3150 обожженных, среди которых ожоговая болезнь была у 547 (17%) больных. Именно в этой группе острые язвенные гастродуоденальные кровотечения были диагностированы у 14 пациентов и проведенная консервативная терапия оказалась успешной. У одного тяжелообожженного (площадь поражения 32%) течение заболевания осложнилось профузным кровотечением из острой язвы 12-перстной кишки, по поводу чего произведена резекция желудка с последующим выздоровлением. У 2 пациентов ожоговая болезнь осложнилась прободением язвы 12-перстной кишки, производили ушивание перфоративной язвы. В одном случае больной поправился, в другом имел место летальный исход (тяжелая ожоговая болезнь с площадью поражения 45%). С 1999 года всем тяжелообожженным при поступлении назначалась противоязвенная терапия (антациды, H_2 -блокаторы и ингибиторы протонной помпы), необходимость которой диктуется, с одной стороны, предпосылками к возникновению острых гастродуоденальных язв при термических поражениях; с другой – социальным статусом больных, которые нередко злоупотребляют алкоголем и, соответственно, не соблюдают пищевой режим. Это привело к сокращению острых язв желудочно-кишечного тракта.

Литературные ссылки

1. Тактика и стратегия хирургического лечения пострадавших с глубокими ожогами: учебно-методическое пособие / К.М. Крылов, И.В. Шлык. – СПб., 2005. – 32 с.