

Литература

1. Williams F. N., Metabolic and Endocrine Considerations After Burn Injury / F. N. Williams, D. N. Herndon // Clin. Plast. Surg. – 2017. – Vol. 44, № 3. – P. 541-553.
2. Glas G. J., Coagulopathy and Its Management in Patients With Severe Burns / G. J. Glas, M. Levi, M. J. Schultz // J. Thromb. Haemost. – 2016. – Vol. 14, N 5. – P. 865-74.
3. Moore H. B., Acute fibrinolysis shutdown after injury occurs frequently and increases mortality: a multicenter evaluation of 2, 540 severely injured patients / H. B. Moore, E. E. Moore, I. N. Liras et al. // J. Am. Coll. Surg. – 2016. – N 222. – P. 347–355.
4. Levin G. Y., The role of fibrinogen in aggregation of platelets in burn injury / G. Y. Levin, M. N. Egorihina // Burns. – 2010. – N 36. – P. 806–810.

ANALYSIS OF THE DYNAMICS OF CHANGES IN FIBRINOGEN LEVELS IN PATIENTS WITH BURN DISEASE

Skakun P. V., Zhilinsky Y. V., Alekseev S. A.

City Clinical Emergency Hospital, Minsk, Belarus

BelarusBelarusian State Medical University, Minsk, Belarus

skakun.p.v@ya.ru

Hemostasis disorders are an important element of the pathogenesis of burn disease, mainly in the acute period. In this paper, we investigated one of the indicators of the standard coagulogram in patients with burn disease and its relationship with the outcome of injury.

АНАЛИЗ СПОСОБОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМА ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Скакун П. В.^{1,2}, Жилинский Е. В.², Алексеев С. А.²

¹*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск,
Беларусь*

²*Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь*
skakun.p.v@ya.ru

Введение. Оперативное лечение пациентов с ожоговой болезнью по-прежнему остается сложным процессом, требующим участия высококвалифицированного персонала и существенного материально-технического обеспечения. «Золотым стандартом» хирургического лечения пациентов с тяжелой ожоговой травмой в настоящее время является тактика раннего хирургического лечения, которая подразумевает выполнение радикальной некрэктомии с одномоментной кожной аутопластикой до начала

развития воспаления в ожоговой ране. Оптимальными сроками начала оперативного лечения признаются вторые-четвертые сутки после травмы, т. е. сразу после купирования проявлений ожогового шока, на фоне продолжающейся инфузионной терапии. Однако часть экспертов придерживаются более агрессивной тактики и рекомендуют более раннее оперативное лечение. При невозможности иссечения всего массива термически поврежденных тканей в ходе одного вмешательства некрэктомию рекомендуется выполнять поэтапно [1, 2].

Основным лимитирующим фактором, приводящим к отказу от одномоментного иссечения всех некротизированных тканей, является объем интраоперационной кровопотери и кровопотери в раннем послеоперационном периоде, что обусловлено высокой травматичностью оперативного лечения тяжелообожженных. Для того чтобы избрать наиболее оптимальную тактику хирургического лечения, необходимо точное измерение объема интраоперационной кровопотери [2].

Цель исследования: анализ методов определения объема интраоперационной кровопотери при хирургическом лечении пациентов с ожоговой болезнью.

Материалы и методы. В исследование включены 32 пациента с ожогами более 30% поверхности тела, госпитализированных в Республиканский ожоговый центр на базе УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» с 2021 по 2023 г. У всех пациентов в период со вторых по 10-е сутки после термической травмы была выполнена радикальная тангенциальная некрэктомия. Перед выполнением некрэктомии под ожоговый струп инъецировали физиологический раствор с адреналином (1:2 000 000). На раны после некрэктомии выполняли аутотрансплантацию расщепленных (0,3-0,4 мм) перфорированных (1:3-4) трансплантатов. Для снижения потери крови при заборе кожных трансплантатов также применяли инъецирование донорских ран физиологическим раствором с адреналином.

Для расчета кровопотери у всех пострадавших учитывали возраст, вес, пол, площадь выполненной некрэктомии и кожной пластики, локализацию ожоговых ран, содержание гемоглобина и гематокрита за 24 ч до и через 24 ч после операции, а также объем эритроцитов, перелитых в раннем послеоперационном периоде. Для определения объема интраоперационной кровопотери у всех пациентов применяли следующие методы: гравиметрический, визуальный, метод Б. С. Вихриева, метод И. В. Чмырева, по формуле Т. А. Housinger, по формуле Т. Janezic, по формуле J. B. Gross, по формуле Р. G. Budny, по формуле G. D. Warden. Полученные данные обрабатывали общепринятыми методами непараметрической статистики.

Результаты исследования. Средний возраст пациентов, вошедших в исследование, составил 60 лет. Медиана площади ожогового поражения была равна 32% поверхности тела, 2/4 от всей площади ожоговых ран были представлены глубоким поражением кожного покрова (ШБ-IV степень). Причинами получения травмы в 30 случаях были ожоги пламенем, в 1 случае

горячей жидкостью и в 1 случае – контактные ожоги. Площадь некрэктомии составляла от 2 до 12% поверхности тела, медианное значение – 7% п. т.

В нашем исследовании минимальный объем кровопотери констатировали по результатам ее визуальной оценки. При визуальном определении объем кровопотери составил 20-50 мл/% п.т. При оценке гравиметрическим методом объем кровопотери составил 40-80 мл/% п.т. Максимальные потери в тех же клинических наблюдениях отмечены при использовании расчетных методов определения объема кровопотери, при этом разница между результатами визуальной оценки и гравиметрического метода и расчетов 4 раза. При оценке расчетными методами объем кровопотери составил 100-300 мл/% п.т. При этом наблюдалась значительная разница при оценке кровопотери у одного и того же пациента при использовании разных методов.

Выводы. Большинство существующих методов оценки объема кровопотери при выполнении некрэктомии обладают недостаточной репрезентативностью, что не позволяет рекомендовать их к применению при планировании тактики хирургического лечения пострадавших с обширными ожогами. При этом у пациентов с ожоговой болезнью при оперативном лечении сохраняются значительные объемы кровопотери, что делает необходимым поиск дальнейших способов уменьшения кровопотери.

Литература

1. Зиновьев, Е.В. Новый метод определения объема операционной кровопотери у пострадавших с глубокими ожогами / Зиновьев Е.В., Вагнер Д.О., Чухарев А.Е. // Журнал неотложная хирургия им. И.И. Джанелидзе. – 2023. – Том 11, № 2. – С. 31-35.

2. Posluszny J. A. Jr. Anemia of thermal injury: combined acute blood loss anemia and anemia of critical illness / J. A. Posluszny Jr, R. L. Gamelli // J. Burn Care Res. – Vol. 31, № 2. – P.229-42. doi: 10.1097/BCR.0b013e3181d0f618.

ANALYSIS OF METHODS FOR DETERMINING THE VOLUME OF INTRAOPERATIVE BLOOD LOSS IN THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH BURN DISEASE

Skakun P. V., Zhilinsky Y. V., Alekseev S. A.

*City Clinical Emergency Hospital, Minsk, Belarus
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus
skakun.p.v@ya.ru*

The main limiting factor leading to the rejection of simultaneous excision of all necrotic tissues is the volume of intraoperative blood loss and blood loss in the early postoperative period, which is due to the high traumatism of surgical treatment of severely burned. The study analysis methods for determining the volume of intraoperative blood loss in the surgical treatment of patients with severe burn injury. Most of the existing methods for assessing the volume of blood loss during necrectomy have insufficient representativeness, which does not allow them to be

recommended for use in planning the tactics of surgical treatment of victims with extensive burns. At the same time, significant amounts of blood loss remain in patients with burn disease during surgical treatment, which makes it necessary to search for further ways to reduce blood loss.

О ВЛИЯНИИ ИНДЕКСА КОМОРБИДНОСТИ НА ТЕРАПИЮ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

Скерсь А. И.¹, Пархоменко Л. Б.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Белорусская медицинская академия последипломного образования,

Минск, Беларусь

annamartsul@gmail.com

Введение. В настоящее время после ряда ретроспективных исследований [1] было установлено, что соматический статус пациента оказывает существенное влияние на выбор подходов к лечению и его результаты в контексте разных нозологий. В связи с постарением населения значительно увеличилось число пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями. Чаще всего к ним относят сердечно-сосудистые, респираторные, эндокринные, а также онкологические заболевания. В 1970 г. впервые в статьях по эпидемиологии появился термин «коморбидный пациент». Сегодня под термином «коморбидность» понимается существование у одного пациента двух и более заболеваний, которые этиологически и патогенетически связаны между собой [2]. Поскольку число неинфекционных заболеваний продолжает увеличиваться, а количество пациентов с множественной органной патологией продолжает расти, уже к концу 20 века возникла необходимость исследовать коморбидность в разных социальных, гендерных и возрастных группах. Однако единых подходов либо «золотых стандартов» оценки коморбидности не выработано до сих пор [3]. Эпидемиология коморбидности остается слабоизученной. Несмотря на это, исследовать коморбидность важно, поскольку она стала социальным и экономическим бременем многочисленных систем здравоохранения. В онкологии, как ни в одной другой медицинской отрасли, часто приходится сталкиваться с коморбидным пациентом. Сосуществующие патологические состояния значительно осложняют клиническое течение опухолевых процессов, делают их более сложными для диагностики, ограничивают варианты возможного специального лечения.

Цель исследования: исследовать влияние индекса коморбидности на выбор метода лечения пациентов с немелкоклеточным раком легкого (НМРЛ).

Материалы и методы. Данные о пациентах с морфологически подтвержденным диагнозом «немелкоклеточный рак легкого» из канцер-регистра организационно-методического отдела Гродненской университетской