

исключением одного мужчины 34 лет. Интересно, что среди больных с ОП мужчины составили около 80%, а с ОХ - 64%. Прослежена также коррелятивная зависимость между состоянием ГГБ и реактивностью организма в целом. Состояние организма тяжелых больных оценивается, как известно, интегральным показателем Apache II. Последний определяется с помощью компьютера при учете свыше 12 параметров функций организма (сознание, температура, дыхание, показатели гемодинамики, крови, КОС и др.).

В наших исследованиях при 1 ст. пробы А.И. Нестерова (норма) данный показатель составлял в среднем 9,5 единицы, при 2 и 3 ст. соответственно 12 и 23 единицы. У больных с ОХ состояние ГГБ по пробе 1 ст., а показатель Apache II равен 10 ед. Таким образом:

1. При остром панкреатите, как правило, ГГБ нарушен, что свидетельствует о серьезных общих нарушениях в организме.

2. Активность процессов в ГГБ зависит от формы, степени тяжести, периода течения болезни, ибо у 6 больных из 14 показатель не был нарушен. В процессе лечения у ряда больных замечена нормализация ГГБ.

3. Состояние ГГБ и показателя Apache II в наших исследованиях показали, что панкреатит является более сложным и тяжелым заболеванием, чем холецистит.

4. Исследуя состояние ГГБ с помощью пробы А.И. Нестерова, можно судить о степени тяжести болезни, так как этот показатель полностью коррелирует с интегральным показателем Apache II.

РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ

Ярмущик А.В., Семенюк А.С., Гриц А.Н., Шестак О.Д.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент В.Д. Меламед

Лечение больных с локальными глубокими ожогами (ЛГО) является важной медико-социальной проблемой, т.к. непосредственные и отдаленные результаты часто приводят к рубцовым деформациям и контрактурам, и, как следствие, до 40% обожженных нуждаются в последующей хирургической реабилитации. Даже при отсутствии клинически значимой «общей» реакции на ожоговую травму, необходим дифференцированный подход к выбору консервативного, либо оперативного метода лечения. Из известных способов удаления некроза наиболее эффективным является раннее его удаление. При условии одномоментного пластического закрытия раневого дефекта достигается снижение частоты инфекционных осложнений и летальности, улучшение функциональных результатов лечения, значительный экономический эффект. Несмотря на патогенетическое обоснование раннего хирургического лечения ЛГО, тактические подходы в лечении данного контингента больных в литературе освящены недостаточно и носят порой противоречивый характер.

Цель. Изучить результаты хирургического лечения больных ЛГО.

Материалы и методы. Произведен анализ 77 историй болезней у больных с ЛГО, находившихся на лечении в ожоговом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 1996 по 2005гг., в лечении которых использовано раннее хирургическое лечение. Этиология ожогов: термический фактор (пламя, горячая вода, контактная) - 65 (84,4%) пациентов, химические ожоги - 3 (3,9%) обожженных, электротравма - 6 (7,8%) пациентов, комбинированные травмы - 3 (3,9%) обожженных. Возраст больных варьировал от 7 до 87 лет, среди них 10 женщин (13%) и 67 мужчин (87%), общая площадь ожогов от 0,5% до 5%.

Результаты и обсуждение. Койко-дни до операции колебались от 0 до 9 суток. У всех больных выполнялись ранние некрэктомии с одномоментным закрытием ожоговых ран (аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом, аллопластика, пластика местными

тканями, васкуляризированным лоскутом). В послеоперационном периоде процент приживления аутодермотрансплантатов составил 82,8%. К основным причинам неудач следует отнести нерадикальность некрэктомии, а также образование под трансплантатами гематом с последующей их отслойкой. Койко-дни после операции варьировали от 5 до 18 суток. Умерших не было. У больных, которых лечили традиционным методом – аутодермопластика на гранулирующие раны, время отторжения струпа составляло от 2 – 3 недель до 1,5 месяцев, что значительно увеличивало дооперационный период, интоксикацию организма, обуславливало высокую частоту конечных неудовлетворительных результатов.

Представленные результаты лечения больных с ЛГО свидетельствуют о преимуществах активной хирургической тактики, однако применение ее в повседневной клинической практике, как и раньше, ограничено. Это связано, во-первых, с поздней и несвоевременной госпитализацией больных, так как основанием для направления обожженного в стационар является достаточно часто не сам ожог, а развившиеся в результате неадекватного и продолжительного лечения его осложнения. Во-вторых, ввиду несовершенства способа ранней диагностики глубины ожога, когда известные методы по ряду причин не позволяют реально оценить степень глубины термического поражения, что является определяющим фактором в выборе того или иного метода лечения.

Вывод. Ранняя некрэктомия до развития признаков воспаления в ране с последующим аутопластическим закрытием у больных с ЛГО является эффективным и перспективным способом оперативного лечения обожженных, способствующая улучшению результатов аутодермопластики и сокращению сроков пребывания в стационаре.

РАННЯЯ НЕКРЭКТОМИЯ КАК ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ