

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

ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

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 обширными ожогами является одной из наиболее сложных проблем в хирургии и травматологии. Это обусловлено высокими показателями летальности, инвалидности среди пострадавших, высокой стоимостью лечения. Инфекция является одним из ведущих факторов, определяющих патогенез не только ожоговых ран, но и ожоговой болезни в целом. Значительная масса девитализированных тканей приводит к значительному росту микроорганизмов, которые гематогенным путем способствует развитию метастатических гнойных очагов во внутренних органах. Большое значение на развитие сепсиса влияют микробные токсины и продукты распада тканей. Таким образом, патогенетически обосновано раннее удаление ожогового струпа.

Цель. Изучить результаты раннего хирургического лечения больных ожоговой болезнью.

Материал и методы. Проведен анализ 10 историй болезни у больных ожоговой болезнью, находившихся на лечении в ожоговом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно с 1999 по 2005 г.г., в течение которых использовано раннее хирургическое лечение. Этиология ожогов - термический фактор (пламя, горячая вода, контактные ожоги). Возраст больных варьировал от 24 до 78 лет, среди них 8 мужчин и 2 женщины, общая площадь ожогов от 14% до 60%.

Результаты и обсуждение. Койко-дни до операции колебались от 0 до 7 суток. У всех больных выполнялись ранние некрэктомии с одномоментным закрытием ожоговых ран (аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом) площадью до 10%. Оставшиеся

ожоговые раны вели традиционно, у 4 больных выполнялась некрэктомия с последующим закрытием ожоговых ран аллотрансплантатами, заготовленными в Государственной службе медицинских и судебных экспертиз, отдел биотрансплантатов. Количество последующих операций по закрытию кожных дефектов составляло от 1 до 5, процент приживления аутодермотрансплантатов - 72,8%. Умер 1 пациент, у которого тяжелая ожоговая болезнь сопровождалась ожогом дыхательных путей. Койко-дни после операции варьировали от 21 до 105 дней.

Сущность раннего хирургического удаления ожогового струпа предполагает значительные преимущества перед традиционными методами ввиду возможности прерывания развития ожоговой болезни в стадии токсемии или начальной стадии септикотоксемии. Однако существуют причины, объективно препятствующие применению ранних некрэктомий: травматичность таких операций и значительная кровопотеря; поздняя госпитализация, неадекватное лечение на этапе выведения из ожогового шока; трудности при диагностике глубины термического поражения; необходимость полноценного анестезиолого-реанимационного пособия, включающего оптимальные методы анестезии, нахождение больных в условиях ОИТ и Р., достаточное количество запасов крови и белковых препаратов; отсутствие современных дермотрансплантатов для уменьшения кровопотери; необходимость банка аллогенной кожи и развитие клеточных технологий; и, наконец, вероятность неудачи, риск при использовании хирургических методов подготовки ран к дермопластике делает их для хирурга субъективно менее предпочтительными, чем и объясняется выбор традиционного лечения.

Вывод. Проведение в ранние сроки некрэктомии при ожоговой болезни патогенетически обосновано, однако имеет свои особенности, соблюдение которых определяет течение и исход заболевания у тяжелообожженных.