

удалось остановить, не прибегая к органуносящей операции (гистерэктомии). Одной пациентке была выполнена экстирпация матки, вследствие присоединившейся коагулопатии.

Выводы. При отсутствии эффекта от проводимых консервативных мероприятий при гипотоническом кровотечении во время кесарева сечения целесообразно выполнять перевязку маточных сосудов на трех уровнях, эффективность которой в нашем исследовании составила 96%.

Литература:

1. Иванян А.Н., Густоварова Т.А., Киракосян Л.С., Евсеева М.П., Киракосян А.Е. Способ лечения и профилактики акушерских кровотечений // Патент РФ на изобретение №2565841. Опубликовано 20.10.2015. Бюллетень №29.
2. Foley M.R., Strong T.H. Jr, Garite T.J. Obstetrics Intensive Care Manual, Third Edition. McGraw-Hill Professional, 2010. – 369 p.

МЕТОДЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ОТТОРЖЕНИЯ КОЖНОГО АЛЛОГРАФТА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Жилинский Е.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Алексеев С.В.

Актуальность. Смертность среди пациентов с площадью ожогов свыше 30% поверхности тела в ожоговом центре Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Минска составила 39,9%. Увеличение количества тяжело обожженных детей, пациентов с тяжелой сопутствующей патологией (среди тяжело обожженных пациентов 86,41%, причем сердечная недостаточность у 22,3%), пациентов с обширными глубокими ожогами требует применение «щадящих» методик лечения глубоких ожогов. Кожные аллографты снижают раневые потери, стимулируют рост грануляций и эпителизацию поверхностных ожогов. Кожные аллографты улучшает состояние тяжело обожженных пациентов. При этом раннее отторжение кожных аллографтов через 1-2 недели после тяжелых, трансплантации значительно усиливает раневую инвазию микроорганизмов, приводя к сепсису и ДВС-синдрому. [1,2]

Цель: проанализировать результаты применения отдельных методик предотвращения отторжения кожных аллографтов (озонирование кожных аллографтов, ультратонтерапия, кожная гомопластика родственного донора) в лечении пациентов с ожоговой болезнью.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ результатов лечения тяжело обожженных пациентов. С целью озонирования кожного аллографта использовали УОТА 60-01 «Медозон» (ООО «Медозон», РФ). Ультратонтерапия заключалась в воздействии аппарата АДД (ПолиМедЭко ООО, РФ) 3-4 степени в течение 10 мин на рану и 15 мин на кожный аллографт (рис. 10-11). Кожная гомопластика от родственного донора осуществлялась детям до 1 года жизни. Для оценки достоверности различий использовали критерий Манна-Уитни, достоверными различия считались при $p < 0,05$.

Результаты. В ходе исследования были проанализированы результаты лечения 27 пациентов с ожоговой болезнью, которым выполнялось пластическое закрытие ран. В контрольную группу вошло 13 пациента, которым проведена некрэтомия с аллодермопластикой с последующим замещением аутодермографтами (при необходимости), в основную - 14 пациентов, которым были выполнены пластики ран кожными озонированными кожными аллографтами (8 пациентов), аллопластика с проведением ультратонтерапии (5 пациентов) и кожная гомопластика от родственного донора (1 пациент). Медиана существования кожных аллографтов без отторжения в контрольной группе составила Me (Me25-Me75) = 8(5-11) дней, в основной группе Me (Me25-Me75) = 16,5(12-21) дней, $p=0,023$. Использование донорской родительской кожи позволило стабилизировать состояние ребенка 7 месяцев с диагнозом термический ожог горячей жидкостью туловища, нижних конечностей S=32%(22%)/ I-II-III-IV степени. При использовании методик предотвращения отторжения аллографтов от-

мечалось уменьшение частоты сепсиса у пациентов основной группы – 21,4%, у пациентов контрольной группы – 38,4%. Смертность среди пациентов с основной группы составила - 28,6%, среди пациентов контрольной группы – 46,2%.

Выводы. Применение методов, предотвращающих отторжение кожных аллографтов в лечении тяжело обожженных пациентов привело к уменьшению летальности до 28,6%, и уменьшению частоты сепсиса до 21,4%.

Литература:

1. Calota D.R., Nitescu C., Florescu I .P., Lascar I. Surgical management of extensive burns treatment using allografts // JournalofMedicineandLift. - 2012. - №5(4). - p. 486-490.
2. Heng Li, Shi-chu Xiao [et al.] Successful treatment of a patient with an extraordinarily large deep burn // Med SciMonit. - 2011. - №17(4). - p. 47-51.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИФУЗНОГО ЗОБА СРЕДИ ВЗРОСЛЫХ В ЭНДЕМИЧЕСКОМ РЕГИОНЕ ЛЬВОВСКОЙ ОБЛАСТИ (УКРАИНА)

Ольга Касиян¹, Галина Ткаченко²

¹Львовский национальный медицинский университет имени Даниила Галицкого, Львов, Украина;

²Поморский университет в Слупске, Институт биологии и охраны окружающей среды, Слупск, Польша

Даже незначительные различия в потреблении йода населением ассоциируются с возникновением заболеваний щитовидной железы ЩЖ. Оптимально йод в популяции следует употреблять в относительно узком интервале доз, что предотвращает йоддефицитные заболевания. Мониторинг и регулирование потребления йода в популяции является важной частью профилактической медицины. Заболеваемость диффузным зобом (ДЗ) в Украине в настоящее время выше, чем в прошлые десятилетия. Таким образом, целью нашего исследования была оценка распространенности ДЗ I, II и III степеней среди взрослых (старше 18 лет) в Львовской области (западная Украина) в 2000-2013 гг.

Для оценки распространенности ДЗ среди взрослых разных районов Львовской области в 2000-2013 гг. проведен анализ архивных данных Львовского областного эндокринологического диспансера. Исследованием охвачено 20 районов Львовской области (Бродовский, Буский, Городоцкий, Дрогобыцкий, Жидачевский, Жовковский, Золочевский, Каменко-Бугский, Николаевский, Мостынский, Перемышлянский, Пустомытовский, Радеховский, Самборский, Сколевский, Сокальский, Старо-Самборский, Стрыйский, Турковский и Яворовский), а также шесть городов области (Львов, Борыслав, Дрогобыч, Стрый, Трускавец, Червоноград). Наблюдалось снижение распространенности ДЗ I степени среди взрослого населения районов области с 307,5 до 163,0 на 10000 лиц на протяжении 2000-2013 гг. Отмечено значительное снижение распространенности ДЗ I степени среди взрослого населения городов Львовской области: 133,1 в 2000 году до 90,2 на 10000 лиц в 2013 году. Распространенность ДЗ I степени среди взрослых области снизилась с 231,8 до 163,4 на 10000 лиц за исследуемый период. В 2013 году распространенность заболевания среди взрослого населения из районов Львовской обл. была выше по сравнению с распространенностью среди городского населения (163,0 по сравнению с 90,2 на 10000 лиц соответственно). Самая высокая распространенность ДЗ I степени была отмечена в Буском, Пустомытовском, Турковском районах в 2000-2013 гг. (489.1-507.5; 282.4-342.4; 443.4-537.8 на 10000 лиц соответственно), а также в Трускавце, Бориславе, Львове (14.1-46.7; 96.3-128.4; 111,1-133,2 на 10000 лиц соответственно). Увеличение распространенности ДЗ I степени наблюдалось в 7 районах Львовской обл. (Бродовском, Жидачевском, Николаевском, Перемышлянском, Радеховском, Самборском, Сколевском) и в г. Червонограде в 2000-2013 гг. Наблюдалось незначительное снижение распространенности ДЗ II и III степеней с 31,4 до 31,3 на 10000 лиц в 2000-2013 гг. Значительное увеличение распространенности заболевания отмечено среди взрослых из районов Львовской области: с 29,9 в 2000 году до 32,8 на 10000 лиц в 2013 году. Наблюдалось снижение распространенности ДЗ II и III степеней от 33,3 до 15,3 на 10000 лиц среди город-