

ЛИТЕРАТУРА

1. Role of bone biopsy specimen culture in the management of diabetic foot osteomyelitis / T. P. Elamurugan [et al.] // International Journal of Surgery. — 2011. — Vol. 9, № 3. — P. 214–216.
2. Culture of per-wound bone specimens: a simplified approach for the medical management of diabetic foot osteomyelitis / O. Lesens [et al.] // Clinical Microbiology and Infection. — 2011. — Vol. 17, № 2. — P. 285–291.
3. Diagnosis and treatment of diabetic foot infections / B. A. Lipsky [et al.] // Clinical Infectious Diseases. — 2004. — Vol. 39, № 7. — P. 885–910.
4. Needle puncture and transcutaneous bone biopsy cultures are inconsistent in patients with diabetes and suspected osteomyelitis of the foot / E. Senneville [et al.] // Clinical Infectious Diseases. — 2009. — Vol. 48, № 7. — P. 888–893.

УДК 616 - 001.21

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ И ЭЛЕКТРООЖОГАМИ

Довготелес Д. М.

Научный руководитель: ассистент *И. А. Славников*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В практике комбустиолога-хирурга особую группу составляют пациенты с электротравмой и электроожогами. Лечение данной группы пострадавших по-прежнему является сложной медицинской, социальной и экономической проблемой.

Технический прогресс привел к использованию в промышленности и повседневной жизни человека большого количества электрооборудования, что приводит к возрастанию частоты травм, обусловленных воздействием электричества.

Патогенез травм, вызванных действием электрического тока, сложен и обусловлен особенностями специфического и неспецифического действия электричества на организм человека. Пути прохождения электрического тока в организме человека разнообразны, что определяет возможность его воздействия на органы-мишени (сердце, головной мозг). Сочетание электроожогов с ожогами пламенем может приводить к поражению значительной площади тела человека и возникновению термоингаляционной травмы. Высока вероятность комбинации электротравмы и электроожогов с механической травмой и нейротравмой. При глубоких электроожогах возможно обнажение глубоколежащих структур, что требует от хирурга владения навыками пластической хирургии. При наличии глубоких субфасциальных ожогов с поражением магистральных сосудистых пучков возникает некроз конечности, требующий выполнения ампутации конечности на высоком уровне либо экзартикуляции.

Все вышеуказанные обстоятельства значительно ухудшают прогноз в плане выживаемости пострадавшего.

Цель

Изучить результаты лечения пациентов с электротравмой и электроожогами в условиях ожогового отделения ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1».

Материал и методы исследования

В ожоговом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1» в период с 01.01.2011 по 31.12.2015 гг. было пролечено 40 пациентов с электротравмой и электроожогами различной степени тяжести, что составляет около 0,8 % от общего числа больных, пролеченных в данном отделении за этот период.

Все пациенты распределены по следующим группам:

• По полу:

- 1) пациенты мужского пола — 28 (70 %) пациентов;
- 2) пациенты женского пола — 12 (30 %) пациентов.

• По возрасту:

- 1) до 15 лет — 18 (45 %) пациентов;

- 2) от 16 до 60 лет — 20 (50 %) пациентов;
- 3) 61 год и старше — 2 (5 %) пациентов.

Средний возраст пациентов составил 24,4 года (от 1 до 73 лет).

• *По месту жительства:*

- 1) городские жители — 27 (67,5 %) пациентов;
- 2) сельские жители — 13 (32,5 %) пациентов.

• *По глубине поражения:*

- 1) с поверхностными ожогами — 14 (35 %) пациентов;
- 2) с глубокими ожогами — 26 (65 %) пациентов.

• *По виду травмы:*

- 1) травмы в быту — 31 (77,5 %) пациентов;
- 2) производственные травмы — 9 (22,5 %) пациентов.

• *По наличию ожоговой болезни:*

- 1) с наличием ожоговой болезни — 5 (12,5 %) пациентов;
- 2) с наличием локальных ожогов — 35 (87,5 %) пациентов.

План предоперационного обследования включал: 1) общеклинические лабораторные исследования; 2) контроль ЭКГ в течение 3 суток с момента получения и травмы и далее по показаниям; 3) консультации узкопрофильных специалистов при необходимости.

Применяемые методики оперативного лечения: 1) ПХО ран — 7 (24 %) пациентов; 2) ранняя некрэктомия — 5 (17 %) пациентов; 3) ранняя некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой — 8 (28 %) пациентов; 5) некрэктомия — 1 (3 %) пациент; 6) некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой — 1 (3 %) пациент; 7) ампутация — 1 (3 %) пациент; 8) аутодермопластика — 13 (45 %) пациентов; 9) пластика перемещенным лоскутом — 7 (24 %) пациентов; 10) аутодермопластика с пластикой перемещенным лоскутом — 6 (21 %) пациентов.

Результаты исследования и их обсуждение

Средняя длительность дооперационного периода составила 3,4 дня.

Хирургическая активность среди данной группы пациентов составила 72,5 %. Оперативная активность равна 122,5 %. Средний койко-день составил 21,1 (длительность пребывания пациентов в стационаре варьировала от 1 до 58 дней).

Исходы лечения: 1) выписаны с выздоровлением — 3 (7,5 %) пациентов; 2) выписаны с улучшением — 33 (82,5 %) пациентов; 3) умерли — 4 пациентов (общая летальность 10 %).

Среди умерших было 4 (100 %) мужчин. Досуточная летальность составила 2,5 %. Средний срок наступления смерти — 4 сутки с момента госпитализации (от 1 до 7 суток). Послеоперационная летальность — 3,44 %. Средний возраст умерших составил 55,8 лет. Детская смертность отсутствовала. Причиной смерти явились ожоговый шок у 1 (25 %) пациента и полиорганная недостаточность у 3 (75 %) пациентов. Причиной досуточной летальности явился крайне тяжелый ожоговый шок.

Выводы

1. При наличии глубоких электроожогов необходимо выполнение некрэктомии в ранние сроки, что является профилактикой местных и системных инфекционно-воспалительных процессов, полиорганной недостаточности.

2. В случае обнажения глубоких структур необходимо закрытие раневых дефектов сложными лоскутами для сохранения полноценной функции сегментов тела.

3. Показанием к ампутации у пациентов с электроожогами может служить наличие тотальной гибели конечности или ее сегмента.

4. При развитии ожоговой болезни, наличии осложнений со стороны сердечно-сосудистой или нервной систем лечение пациентов должно проводиться в условиях ОАРИТ.

5. Разработка комплекса мер по профилактике детского травматизма, ввиду наличия большого количества пострадавших детского возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комбустиология детского возраста: учеб. пособие / Э. Я. Фисталь [и др.]. — Донецк: Вебер, 2007. — 233 с.
2. *Парамонов, Б. А.* Ожоги. Руководство для врачей / Б. А. Парамонов, О. Я. Паремский, В. Г. Яблонский. — СПб.: Спецлит, 2000. — 488 с.
3. *Гришкевич, В. М.* Хирургическое лечение последствий ожогов нижних конечностей / В. М. Гришкевич, В. Ю. Мороз. — М.: Медицина, 1996. — 297 с.