

дит к формированию многокольцевого сканирующего пучка. Процесс сканирования объекта осуществляется с помощью минимального количества электронно-механических приводов. Перемещение оптического элемента с сильной сферической абберацией вдоль оптической оси схемы с помощью электронно-механического привода приводит к управляемой структуризации сканирующего пучка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Фролов, А. Технологии трехмерного наземного лазерного сканирования // эл.каталог Лазерное сканирование, публикации Инженерной компании «НГКИ» [Электронный ресурс]. — 2006. — Режим доступа: [http://www.ngce.ru/pg\\_publications4.html](http://www.ngce.ru/pg_publications4.html) — Дата доступа: 11.07.2013.

2. Краморева, Л. И. Оптическая когерентная томография: возможности, ограничения, перспективы развития (обзор) / Л. И. Краморева, Ю. И. Рожко // Проблемы здоровья и экологии. — 2012. — № 4(34). — С. 32–38.

УДК 617.87:616-001.22

### АНАЛИЗ ДАННЫХ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖОГОВ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

*Савчанчик С. А., Слижова О. Э., Скороход А. С.*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Проблема электрической травмы, за исключением поражений молнией, стала актуальной сравнительно недавно. На сегодняшний день постоянное увеличение количества источников электроэнергии, связанное с развитием научно-технического прогресса, безусловно, повышает уровень комфортности жизни, но вместе с тем обуславливает стабильность частоты возникновения электротравм и электроожогов. Поражение электрическим током вызывает глубокие функциональные изменения центральной нервной системы, дыхательной и сердечно-сосудистой системы. Тяжесть и исход поражения электрическим током зависят от его физических параметров, условий, при которых произошла электротравма и общего состояния организма.

#### **Цель работы**

Изучить продолжительность госпитализации от тяжести воздействия электрического тока, площади поражения и времени поступления в стационар, а также проанализировать частоту встречаемости различных видов хирургического лечения.

#### **Материалы и методы**

У 98 пациентов с ожогами электрическим током, находившихся на лечении в специализированном отделении «Гомельской городской клинической больницы № 1» за период 2008–2012 гг., изучена продолжительность госпитализации в зависимости от времени поступления больного с начала травмы, времени года, когда она произошла, а также от глубины, площади ожога и осложнений, которые возникли при воздействии электрическим током.

#### **Результаты и обсуждения**

Результаты работы представлены в таблицах 1–3 и на рисунках 1–3.

Таблица 1 — Распределение пациентов по времени поступления

Количество пациентов	Время поступления		
	< 6 часов	7–24	> 24 часов
Доля пациентов (абс. и %)	78 (79,6)	13 (13,3)	7 (7,1)
Продолжительность лечения (средний койко-день)	17,8	19,1	27,7

Таблица 2 — Распределение пациентов по степени тяжести

Количество пациентов	Степень тяжести				
	I	I-II	I-II-IIIА	I-II-IIIА-IIIВ	I-II-IIIА-IIIВ-IV
Доля пациентов (абс. и %)	—	4 (4,1)	52 (53,0)	8 (8,2)	34 (34,7)
Продолжительность лечения (средний койко-день)	—	19,25	10,7	25,5	29,3

Таблица 3 — Распределение пациентов по общей площади ожогов

Количество пациентов	Площадь ожога			
	до 1 %	от 1 до 3 %	от 3 до 10 %	более 10 %
Доля пациентов (абс. и %)	44 (44,9)	31 (31,6)	19 (19,4)	4 (4,1)
Продолжительность лечения (средний койко-день)	16,5	13,8	24,15	54,5

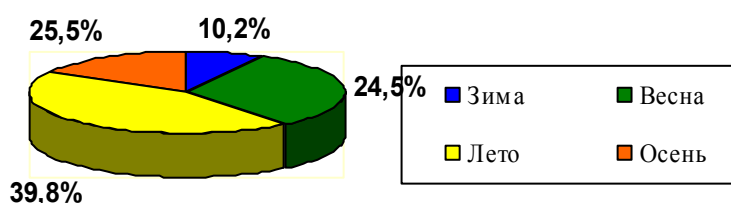


Рисунок 1 — Распределение пациентов по временам года

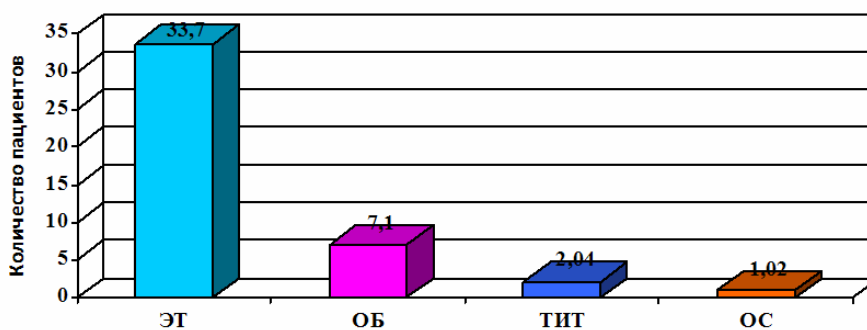


Рисунок 2 — Частота возникновения осложнений, при поражении электрическим током

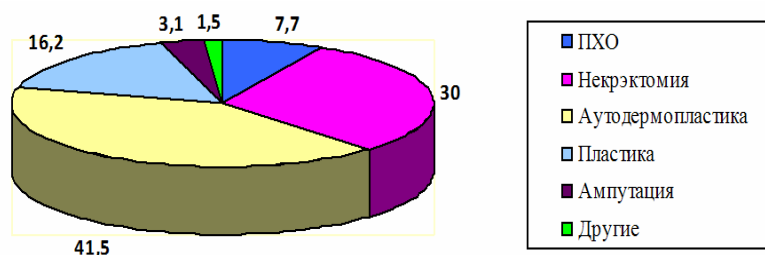


Рисунок 3 — Распределение пациентов с различными видами хирургического лечения

По данным анализа историй болезни пациентов, обратившихся за помощью в специализированное отделение Гомельской городской клинической больницы № 1, за период 2008–2012 гг. средняя продолжительность стационарного лечения оперированных пациентов превысила продолжительность не оперированных и составила соответственно 27 и 11 койко-дней.

Сроки лечения в специализированном стационаре до первой операции у пострадавших от ожогов электрическим током составили в среднем 4 койко-дня и 11 койко-дней пациенты провели после последней операции.

Пациенты, которым проведена одна операция, находились в комбустиологическом отделении 18 койко-дней, при выполнении нескольких операций сроки госпитализации были увеличены до 32 койко-дней.

#### **Выводы**

1. Срок лечения пострадавших в условиях специализированного отделения напрямую связан с временем обращения за помощью в стационар, так при сроке более 24 часов с момента травмы средняя продолжительность лечения составляет 27,7 койко-дней.

2. На продолжительность лечения существенное влияние оказывают площадь и глубина ожога, с увеличением этих показателей соответственно увеличиваются и сроки госпитализации.

3. Преобладающее число пострадавших от ожогов электрическим током поступило в стационар в летний период, в то время как в зимний обратилось в 4 раза меньше (39,8 и 10,2 % соответственно).

4. При ожогах электрическим током наиболее часто встречающимся осложнением является электротравма, от которой страдает каждый третий обратившийся больной, что требует особого подхода к лечению.

5. Из всех используемых методов лечения в комбустиологическом отделении Гомельской городской клинической больницы № 1 наиболее часто используются аутодермопластика и некрэктомия (41,5 и 30 % соответственно).

6. По результатам проведенного исследования оптимальным хирургическим способом лечения является выполнение нескольких одномоментных операций.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Басов, В. З. Хирургическое лечение тяжелых электротермических ожогов / В. З. Басов, З. С. Овчинников, А. М. Сигарев / Актуальные проблемы травматологии и ортопедии. «Термическая травма»: Мат. науч. конф. — Н. Новгород, 2001. — Ч. 2. — С. 123–124.

2. Кошельков, Я. Я. Активная хирургическая тактика при лечении электроожогов / Я. Я. Кошельков, А. В. Дорофеенко, А. В. Кудлач / Комбустиология на рубеже веков: мат. междунар. конгресса. — М., 2002. — С. 142–143.

3. Arnoldo, B. Practice guidelines for the management of electrical injuries / B. Arnoldo, M. Klein, N. S. Gibran // J. Burn Care Res. — Jul–Aug 2006. — № 27(4). — P. 439–447.

**УДК 615.9:547.422.2]:616-079.4**

## **ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА БИОСЕНСОРНОЙ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ СПИРТОВ В ОТРАВЛЕНИИ МЕТАНОЛОМ, ЭТАНОЛОМ, ЭТИЛЕНГЛИКОЛЕМ**

***Савчанчик С. А., Фролов А. Н.***

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### ***Введение***

Обзор данных литературы о структуре отравлений спиртами, методах лечения и дифференциальной диагностики данных нозологических форм позволяет сделать следующие выводы:

1) по официальным данным Национального статистического комитета Республики Беларусь в январе-июле 2013 года в трудоспособном возрасте умерло 15,1 тыс. человек из общего числа умерших в трудоспособном возрасте от внешних причин из них от случайных отравлений алкоголем — 16,6 %. Структура отравлений алкоголем и его суррогатами не изучается подробнее в силу особенностей клинической картины, методов диагностики и лечения данных нозоформ;