

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ

И. А. Салихов, А. Б. Ахмеров, И. З. Шафиков, Г. Ф. Арсланов

*Кафедра хирургических болезней лечебного факультета (зав.— проф. И. А. Салихов)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова,  
Республиканская клиническая больница (главврач — С. В. Абуладзе) МЗ ТАССР*

Создание оптимальных условий для быстреешего аутопластического закрытия ожоговой раны при термических поражениях, как справедливо подчеркивается во многих работах, является одним из главных принципов лечения пострадавших [2, 3]. Тем самым преследуется цель максимально редуцировать неблагоприятные проявления ожоговой болезни, особенно в периодах токсемии и септикотоксемии, избежать целого ряда серьезных осложнений, обеспечить более быстрое и качественное заживление ран без развития деформирующих рубцов и контрактур. После выведения больного из состояния шока при глубоких ожогах важная роль принадлежит своевременной некрэктомии. При такой тактике рану можно очистить от некротических тканей до развития в ней гнойно-демаркационного воспаления и таким образом сократить сроки лечения [4].

В отделении ожоговой хирургии РКБ в последние годы все шире применяется так называемая ранняя некрэктомия, которая осуществляется под соответствующим адекватным обезболиванием в течение первой недели после ожоговой травмы по выведению пострадавшего из шока. При обширных поражениях приходится прибегать к поэтапной некрэктомии. В плане пластического закрытия ожоговых ран в отделении отдается предпочтение дерматомной аутопластике на подготовленную гранулирующую поверхность. Естественно, что своевременное оперативное удаление некротических струпов позволяет осуществлять пластику раньше по времени, ценой меньших затрат и потерь для больного, хотя сама по себе некрэктомия — подчас довольно серьезное для больного вмешательство. Она может сопровождаться массивной кровопотерей, и показания к ней надо устанавливать с осторожностью, особенно у пожилых пострадавших [1]. В связи с этим некоторые авторы склонны отдавать предпочтение химической некрэктомии, способствующей более быстрому самостоятельному отторжению некротического струпа [5]. Однако противопоставлять данные методы нет оснований, на практике их часто приходится сочетать. Для подготовки ожоговых ран к пластике, кроме общепринятых средств (растворы антисептиков, мази на гидрофильной основе, ферменты и др.), мы используем по показаниям также лазерную обработку раневой поверхности. Показания к тем или иным лечебным приемам определяются индивидуально, в зависимости от особенностей течения раневого процесса.

В ожоговое отделение до 1986 г. основную массу больных госпитализировали на поздних сроках, нередко после довольно длительного пребывания в других лечебных учреждениях города и районов республики, куда они поступали в экстренном порядке. Больных в ряде случаев переводили уже в септикотоксемической фазе болезни, иногда с наличием осложнений. Это, естественно, сказывалось на конечных результатах лечения и сроках пребывания больных в стационаре. Значительное время требовалось на подготовку ожоговых ран к пластике, поскольку был упущен благоприятный момент для осуществления полноценной некрэктомии на предшествующих этапах лечения до развития септического процесса.

В 1986 г. в результате принятых Минздравом ТАССР мер организационного характера всех больных с ожогами в экстренном порядке стали госпитализировать в отделение РКБ сразу после получения ожоговой травмы. Из районов республики они стали поступать также на более ранних сроках после выведения на месте из состояния ожогового шока, что не могло не сказаться на результатах лечения. В предшествующие три года из 109 поступивших с глубокими ожогами на различных сроках после травмы некрэктомии в течение первой недели были подвергнуты только 19 (17,4%) пострадавших. Значительной части больных требовались разнообразные методы местного лечения, включая применение ферментных, некролитических препаратов, лазерную обработку для очищения раневой поверхности и подготовку ее к пластике.

Основное условие для осуществления надежной аутодермотрансплантации — чистая рана без некротической ткани и с достаточным кровоснабжением для питания пересаженной кожи. Идеальной основой для приживания трансплантата являются качественные грануляции в ране. При необходимости закрытия больших

по площади раневых участков мы широко пользуемся сетчатыми трансплантатами. В ряде случаев практикуется повторное взятие расщепленных кожных лоскутов с донорских участков спустя 2—3 нед. После трансплантации, в зависимости от локализации ран, наряду с наложением повязок нередко применяется бесповязочный метод ведения раневых участков. При ожогах на раневой поверхности обычно бывают участки с разной глубиной поражения. Это приходится учитывать в ходе лечения, и пластическое закрытие тех или иных регионов выполняется в разные сроки по мере их готовности к восприятию трансплантата. Разумеется, подготовку ожоговых ран к пересадке кожи приходится осуществлять не только местным воздействием, но и активной гемотрансфузионной и общеукрепляющей терапией.

За 9 месяцев 1986 г. в отделение поступило 316 больных с ожоговой травмой. Из 90 пострадавших с глубокими ожогами 81 больному произведена некрэктомия на раннем этапе, до развития гнойно-демаркационного отторжения струпов. Двос больных были подвергнуты ампутации конечностей: одному из них выполнена экзартикуляция плеча в связи с тотальным ожоговым поражением IV степени всей левой верхней конечности, другому — ампутация правого бедра спустя 3 нед после ожоговой травмы. Он имел ожог нижних конечностей, области промежности и таза IIIA—IIIB, местами IV степени. Операция была сделана вследствие прогрессирующего гнойно-некротического процесса с поражением коленного сустава, развитием остеомиелита и угрозой сепсиса. В последующем ему была осуществлена аутодермопластика оставшейся раневой поверхности.

Более активная тактика, основанная на тенденции к ранней некрэктомии, стала реальной в 1986 г. благодаря более раннему поступлению больных. Если в предшествующие три года средний срок пребывания на больничной койке составил 39,7 дня (с колебаниями от 36,9 до 43,6), то в 1986 г. — 33; летальность соответственно уменьшилась с 6,3 до 3,3%. Осуществление единых лечебных принципов также положительно сказывается на исходах лечения. Для дальнейшего совершенствования службы по оказанию специализированной помощи и лечению пострадавших от ожогов в республике на повестке дня стоит создание современно оснащенного и оборудованного ожогового центра на базе РКБ.

Таким образом, на практике подтвердилась правильность принятого в настоящее время положения о своевременной госпитализации всех пострадавших от ожогов в специализированные центры и отделения. Принцип полноценной и по возможности ранней некрэктомии, выполненной по показаниям и с соответствующим анестезиологическим и терапевтическим обеспечением, способствует сокращению сроков и улучшению результатов лечения ожоговых больных.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Атясов Н. И. // В кн.: Ауто-аллодермопластика в клинической практике. — Казань, 1980. — 2. Вихриев Б. С., Бурмистров В. М. // Ожоги. — Л., Медицина, 1981. — 3. Кузин М. И., Сологуб В. К., Юденич В. В. // Ожоговая болезнь. — М., Медицина, 1982. — 4. Максимов П. И. и др. // В кн.: V научно-практическая конференция по проблеме термических повреждений (тезисы докладов). — Горький, 1986. — 5. Мурадян Р. И., Панченков Н. Р. // Экстренная помощь при ожогах. — М., Медицина, 1983.

Поступила 23.12.86.

УДК 616—001.17—036.865.5

### ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОБОЖЖЕННЫХ

В. В. Азолов, Г. И. Дмитриев

Горьковский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии  
(директор — докт. мед. наук В. В. Азолов)

Ожоговая травма представляет собой серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему и привлекает к себе пристальное внимание хирургов и травматологов. Успехи, достигнутые в лечении больных с глубокими и обширными ожогами в последние три десятилетия, способствовали сокращению летальности, но привели к увеличению числа инвалидов [1]. Большинство инвалидов — лица активного возраста, поэтому их реабилитация необходима для восстановления трудовых ресурсов страны [2]. В то же время вопросы реабилитации обожженных, лечения