

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., Солоуб 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

последоводных рубцов требуют дальнейшего изучения. Сложной проблемой является реабилитация больных, получивших ожоги в детском возрасте, а также пострадавших с послеожоговыми деформациями кисти [4]. До сих пор нет общепринятых положений по медицинской реабилитации больных с ожогами, не разработаны ее принципы, задачи и методы. Существуют разные точки зрения на сроки начала периода реабилитации [1, 3].

В Горьковском ожоговом центре создана система медицинской реабилитации больных, перенесших ожоги, которая включает три составные части: организационные принципы, комплекс консервативных мероприятий, хирургическое устранение выраженных последствий ожогов. Организационные принципы составляют основу всей системы. Они определяют цели и задачи, роль и место консервативных мероприятий и хирургических методов лечения. Стержнем всей организации является диспансеризация: все больные, перенесшие глубокие ожоги, а также ожоги III степени лица, кистей, стоп, должны быть взяты под наблюдение.

Один из основных организационных принципов реабилитации обожженных — ее раннее начало. Специфика сложившегося в настоящее время лечения больных с ожогами в специализированных стационарах предусматривает выписку их на амбулаторное наблюдение для восстановления кожного покрова.

В ранний период (в первые 6—12 мес) после восстановления утраченного кожного покрова наиболее эффективно и целесообразно проведение консервативных реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение и рассасывание грубых послеожоговых рубцов. В комплекс этих мероприятий включают медикаментозное лечение, физиотерапию, лечебную физкультуру, механо- и трудотерапию, шинирование в положении гиперкоррекции, компрессионные повязки, магнитотерапию, санаторно-курортное лечение.

Несмотря на бесспорную важность комплекса консервативных реабилитационных мероприятий в ранний период, вопросы их организации и проведения остаются нерешенными. Далеко не в каждом лечебном учреждении по месту жительства можно выполнить весь комплекс консервативных лечебных мероприятий. Данная задача должна быть возложена на учреждения, имеющие арсенал физиотерапевтических средств и оснащенные приспособлениями для лечебной физкультуры, механо- и трудотерапии.

Принцип раннего лечения относится и к хирургической реабилитации больных с последствиями ожоговой травмы. Длительное существование рубцовых контрактур и деформаций, особенно после ожогов, полученных в раннем детском возрасте, может привести к необратимым костно-суставным изменениям, укорочению и недоразвитию мягких тканей под рубцовым покровом. Оптимальным сроком оперативного вмешательства следует считать время спустя 6—12 мес после восстановления кожного покрова. При обширных ожогах этот срок необходим для нормализации функций органов и систем, пораженных в результате ожоговой болезни, а также для стабилизации процессов, происходящих в рубцовых тканях. Исключение составляют деформации кисти, сопровождающиеся вывихами пальцев, и лица с рубцовым выворотом век — они требуют безотлагательного лечения. Однако у детей раннего возраста (до трех лет), у которых рубцовые контрактуры не влекут за собой вторичных изменений костно-суставного аппарата, в связи с неизбежными рецидивами по мере их роста оперативное вмешательство может быть отложено на более продолжительные сроки.

В программе медицинской реабилитации обожженных должно быть предусмотрено выполнение повторных оперативных вмешательств, которые могут потребоваться при хирургическом лечении послеожоговых деформаций и контрактур. Для этого после проведения реконструктивных операций необходимы повторные диспансерные осмотры больных. У детей из-за неравномерности роста здоровых, рубцовых и трансплантированных тканей может наступить рецидив контрактуры, что требует своевременной коррекции. Поэтому диспансеризация детей должна осуществляться вплоть до завершения периода их роста.

Выполнение реконструктивной операции само по себе не является окончательной мерой в восстановлении функции сустава. Послеоперационный период должен включать комплекс мероприятий, предназначенных для закрепления успеха оперативного вмешательства. Существенное значение в достижении положительного результата хирургического лечения послеожоговых деформаций и контрактур имеет надежная и достаточно продолжительная фиксация конечности, обеспечивающая приживление трансплантированных тканей и предупреждение вторичной ретракции свободных кожных трансплантатов. Обязательны лечебная гимнастика с целью разработки движений и другие консервативные мероприятия, направленные на предупреждение и рассасывание грубых рубцов. Ускоренное и более полное восстановле-

ние трудоспособности больных, перенесших ожоги, возможно только при условии четкой организации реабилитационных мероприятий. Однако до сих пор нет единой общепринятой системы организации дальнейшего лечения пострадавших от ожогов после их выписки из ожогового отделения. Назрела необходимость организации отделений или центров реабилитации для проведения восстановительного лечения при крупных ожоговых центрах или учреждениях ортопедо-травматологического профиля.

Необходимо подчеркнуть, что залогом успешной реабилитации обожженных является пунктуальное выполнение основных принципов профилактики послеожоговых деформаций и контрактур, а именно: раннее и рациональное оперативное лечение ожоговых ран, правильное положение и соответствующая фиксация сустава в сочетании с лечебной гимнастикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ожоги (Руководство для врачей). Под ред. Б. С. Вихриева, В. М. Бурмистрова.— Л., Медицина, 1986.— 2. Федорова Г. П., Печатникова Е. А.//Клин. хир.— 1972.— № 8.— С. 4—8.— 3. Юденич В. В., Гришкевич В. М.//Руководство по реабилитации обожженных.— М., 1986.— 4. Olney D. B.//Hand.— 1983.— Vol. 15.— P. 179—184.

Поступила 09.07.87.

УДК 616—001.186—08

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТМОРОЖЕНИЙ

В. С. Вихриев, С. Х. Кичмасов, Ю. Р. Скворцов

Кафедра термических поражений (начальник — проф. Б. С. Вихриев) Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, Ленинград

Механизм патологических изменений, развивающихся в тканях при отморожениях, многообразен и варьирует в очень широких пределах не только при различных формах локальных поражений (от действия сухого холода, «траншейная» и «иммерсионная» стопа, контактные отморожения), но и в разных участках поражения у одного и того же пострадавшего. Вероятно, патогенез отморожений в различных климатических регионах также несомнен.

Первичное криповреждение тканей достаточно хорошо изучено. Оно наиболее вероятно при контактных отморожениях. Можно предположить, что аналогичное поражение возможно и при изредка встречающемся оледенении конечностей. Однако неизвестно, что происходит при этой разновидности отморожений: только образование ледяной корки либо действительное промерзание тканей. В большинстве случаев температура тканей остается выше 0°, при которой жизнь клеток вне организма возможна. Литературные данные свидетельствуют о том, что критическая точка криповреждения тканей лежит в диапазоне от —4° до —10°. Наши исследования показали, что кровоток в магистральных артериях лап кроликов прекращается при тканевой температуре от —2° до —3°, а некроз тканей наступает после их охлаждения до —10°. Однако в условиях сохранения анатомической связи с организмом ткани человека гибнут и после менее выраженного охлаждения.

Правомочно рассматривать отморожение как защитную реакцию на локальное охлаждение, предупреждающую развитие опасной общей гипотермии. Различные сосудистые реакции при локальном охлаждении конечностей препятствуют поступлению из них охлажденной крови в общий кровоток. После кратковременного рефлекторного спазма наблюдается расширение периферических сосудов (гиперемия конечностей). При продолжающемся охлаждении пойкилотермное «ядро» повторным спазмом сосудов «отключает» гомеотермную периферию. В первую очередь нарушается венозный отток, осуществляющийся в основном по подкожным венам. При сохранившемся артериальном притоке происходит переполнение кровеносного русла форменными элементами крови. Микроциркуляция прекращается при тканевой температуре значительно выше 0°, хотя обменные процессы в тканях еще продолжают. Наступает ишемия периферических тканей. Таким образом, жертвывая своей частью (конечностями), организм спасает себя как целое. Эти процессы протекают в периоде тканевой гипотермии.

В реактивном периоде охлажденные сегменты согреваются в основном от внешнего источника тепла, причем в первую очередь повышаются температура