

Среди возрастной группы от 7 до 14 лет наибольшее количество детей, получивших лечение (83 – 156 глаз). По остроте зрения наибольшие группы: от светоощущения до 0,1 – 70 детей (60 глаз), затем – от 0,1 до 0,3 – 52 (49 глаз).

Клиническое обследование включало визометрию, периметрию, биомикроскопию, исследование ЗВП и ЭРГ.

Лечение проводилось по возможности патогенетически с учетом основного заболевания и направлено на улучшение кровообращения и стимулирование жизнедеятельности сохранившихся, но угнетенных нервных волокон.

Медикаментозная терапия состояла из: 1) ноотропы (пирацетам и др.); 2) сосудорасширяющие средства (но-шпа, папаверин, компламин, никотиновая кислота, кавинтон и др.); 3) антиоксиданты (витамин «А», витамин «Е», липоевая кислота, черника-форте и др.); 4) ангиопротекторы (эмоксилин и др.); 5) полипептиды (кортексин, ретиналамин); 6) нейротрофики (витамины группы «В», тауфон, церебролизин).

Физиотерапевтические методы: 1) магнитотерапия; 2) электрофарез; 3) фонофарез; 4) ДДТ; 5) лазеротерапия; 6) иглорефлексотерапия.

Препараты вводились ретробульбарно в виде инъекций, парентерально и внутрь. Курс лечения составлял 10 дней. Лечение проводилось 2 раза в год.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Повышение остроты зрения отмечалось в основном на 0,1 (25 детей – 45 глаз), затем до 0,1 (15 детей – 28 глаз), на 0,2 – 0,3 (17 детей – 33 глаза).

Снижения остроты зрения, а также побочных явлений общего и местного характера не наблюдалось. Эффективность лечения в среднем составила 39,8 %.

ВЫВОДЫ

Комбинированное лечение частичной атрофии зрительного нерва у детей позволяет улучшить зрительные функции и стабилизировать процесс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сравнительная эффективность различных методов лечения частичных атрофий зрительного нерва у детей. Материалы Всероссийской научно-практической конференции детских офтальмологов / Е.И. Сидоренко [и др.]. – М., 1996. – С. 95–96.
2. Хватова А.В. Состояние и современные аспекты детской офтальмологии. Детская офтальмология, итоги и перспективы / А.В. Хватова. – М., 2006. – С. 11–23.

Д.Д. Рыбдылов, Ю.Д. Доржиев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

Поверхностное расположение переднего края и бугристости большеберцовой кости делают их уязвимыми при глубоких ожогах. Поражение костной ткани нередко осложняется развитием остеомиелита большеберцовой кости, которое нередко приводит к инвалидизации больного.

В повседневной практике изолированное поражение передней поверхности большеберцовой кости встречается редко, в большинстве случаев оно сочетается с поражениями других локализаций.

Цель: изучить эффективность ранней некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой при хирургическом лечении глубоких ожогов передней поверхности голени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2002 по 2008 гг. в отделении гнойной хирургии и ожогов Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ находилось на лечении 78 пациентов с глубокими ожогами передней поверхности голени с общей площадью поражения от 5 до 15% поверхности тела. Из них ихолорированное поражение передней поверхности голени имело место у 8 больных, в 14 случаях поражение голени было циркулярным. Контрольную группу составили 42 пациента, которым подготовка к закрытию ожоговых ран проводилась обычным способом. В опытную группу вошли 36 пациентов, которым были проведены ранние некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По разным причинам (в большинстве случаев несвоевременный перевод пострадавших из других лечебных учреждений) у 42 больных была выбрана консервативная тактика подготовки ожоговых ран к кожной пластике. Местное лечение проводилось закрытым способом, при циркулярных ожогах проводилась декомпрессионная некротомия. У 28 больных этой группы развился краевой остеонекроз, причем у 5 он отмечался и после аутодермопластики, что существенно удлиняло сроки лечения. Остеомиелит большеберцовой кости развился у 2-х больных, в дальнейшем он перешел в хроническую форму и сопровождался частыми приступами параневожной экземы. Средний срок стационарного лечения у больных данной группы составил 34,6 дня.

36 пациентам после предоперационной подготовки на 4–9-е сутки были произведены ранние некрэктомии с одномоментной аутодермопластикой, пораженные участки кожи иссекались до фасции. Такой объем иссечения тканей позволял более тщательно производить гемостаз, а кожные лоскуты хорошо ложились и прилипали к фасции. Краевой остеонекроз развился только у 4-х больных, случаев развития остеомиелита не было. Средний срок стационарного лечения составил 24,4 дня, при этом трое больных с изолированными поражениями передней поверхности большеберцовой кости были выписаны на 12–14-е сутки после госпитализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сопоставление результатов лечения позволяют рекомендовать раннюю некрэктомию с одномоментной аутодермопластикой при глубоких ожогах передней поверхности голени в качестве метода выбора, а при сочетании с поражениями других локализаций проводить ее в первую очередь.

Д.Д. Рыбдылов, В.Е. Хитрихеев

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ ОТ ДЕЙСТВИЯ ЭЛЕКТРИЧЕСТВА

**ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)**

Несмотря на то, что в мирное время поражения людей электричеством встречается редко и составляет около 2–3 % среди всех ожогов, значимость изучения данного вида травмы высока. Это обусловлено тем, что при сравнении статистических показателей с ожогами других причин, она заметно выделяется высоким уровнем инвалидизации пораженных и летальностью среди них.

Между тем, до настоящего времени не существует какой-либо более-менее единой и четкой классификации этих поражений и это приводит к тому, что во многих монографиях и научных статьях нередко используются различные термины, которые имеют одинаковое значение или, наоборот, один термин имеет несколько дефиниций.

С 1993 по 2008 г. в МУЗ ГК БСМП г. Улан-Удэ получили лечение 212 пациентов, пострадавших от действия электричества. Проведенный анализ результатов лечения выявил достаточно широкий диапазон разновидностей поражений, что нередко вызывало трудности у врачей в формулировке заключительного клинического диагноза.

Основываясь на имеющемся практическом материале, а также изучив имеющиеся в специальной литературе разные виды классификаций, предлагаю собственную классификацию, которая, на мой взгляд, полностью отображает все виды поражений организма человека электричеством.

Все виды поражений от электричества необходимо объединить в термин электротравма. Соответствие данного термина обусловлено его обобщающим характером, т.к. термин травма характеризует общий результат взаимодействия человеческого организма с поражающими факторами окружающей среды, а приставка электро- будет означать его этиологию. Таким образом, электротравма — это комплекс изменений в организме пострадавшего при действии поражающих факторов электричества.

По источнику тока электротравмы подразделяются на технические и атмосферные.

Как известно поражающее действие электрического тока зависит от его физических характеристик (сила тока, напряжение, тип, частота), путей поражения (непосредственный контакт, дуговой контакт, «шаговое напряжение»), состояния и свойств организма пораженного. Механизмы повреждающего действия электрического тока подразделяют на специфические (биологическое, электрохимическое, тепловое, механическое) и неспецифические (вспышка вольтовой дуги, взрывное воздействие, вторичные повреждения). Указанные механизмы повреждения вызывают общие нарушения в организме человека и местные повреждения тканей.