

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 некрэтомия. 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 некрэтомии 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.

Известны несколько терминов, обозначающих общие нарушения, возникающие в организме человека при действии поражающих факторов электрического тока. Наиболее удачным является термин электропоражения, предложенный Г.Л. Френкелем (1978). Этот термин объединяет все клинические проявления общего воздействия на организм электрического тока. Предложенная им же четырехстепенная классификация электропоражений удобна в работе, но требует некоторых дополнений, с целью более полного отображения имеющихся поражений внутренних органов.

Для местных клинических проявлений электротравм наиболее подходящим является термин электроожоги, собственно таковыми они и являются. Необходимо выделить следующие виды электроожогов: истинные электроожоги (места контактов, входа и выхода электрического тока), электрометки («знаки тока»), ожоги вспышкой вольтовой дуги.

Таким образом, формулировки клинических диагнозов будут выглядеть следующим образом:

Электротравма. Электропоражение III степени, с преимущественным поражением головного мозга, симптом «мнимой смерти».

Электротравма. Электропоражение III степени, с преимущественным поражением почек, острая почечная недостаточность, олигоанурия.

Электротравма. Истинные электроожоги IV степени правой кисти и левой голени.

Электротравма. Ожоги вспышкой вольтовой дугой лица, правой кисти. Электрометки правого предплечья.

Преимуществом данной классификации электротравм от имеющихся являются во-первых: полный охват всех клинических проявлений, встречающихся при электротравме, во-вторых то, что каждому из этих проявлений даны четкие и понятные термины.

Д.Д. Рыбдылов, В.Е. Хитрихеев

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВЯЗОК ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ

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

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

До настоящего времени продолжают споры о том, какие повязки должны накладываться на ожоговые раны в первые минуты после получения травмы. История данного вопроса уходит корнями в глубины веков. С этой целью применяли бесчисленное количество самых разнообразных веществ, фактически нет в природе ни одного вещества, которое не было бы опробовано в лечении ожогов. В настоящее время создан огромный арсенал лечебных препаратов и перевязочных средств. Но многие из них по тем или иным причинам не удовлетворяют практических врачей. Как известно, основными задачами местного лечения ожоговых ран при оказании первой помощи являются: местное обезболивание и местное охлаждение. Имеющиеся антибактериальные и противовоспалительные препараты на мазевой основе не соответствуют этим требованиям, жидкие лекарственные формы не устраняют болевых ощущений, поэтому до последнего времени наиболее практичными являлись аэрозоли. В последние годы обратили на себя внимание гелевые повязки, обладающие выраженным охлаждающим эффектом. Наибольший интерес в этом отношении препарат «Апполо-Пак», выпускающийся в виде геля и в виде повязки. В состав данного препарата входят местноанестезирующий препарат анилокаин и антисептический препарат мирамистин.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная оценка эффективности аэрозольного препарата «Пантенол» и гелевого препарата «Апполо-Пак» при оказании первой медицинской помощи при ожогах.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен сравнительный анализ результатов лечения 112 больных с ожогами I – II степени на площади от 10 до 15 %, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии с 2004 по 2008 г. Сроки обращения больных за медицинской помощью варьировались от 40 минут до 3 часов после травмы. По виду повязок, наложенных на ожоговые раны, больные разделены на 3 группы. 46 пострадавшим первой группы были наложены влажно-высыхающие повязки с растворами антисептиков. Больным 2 группы (52 пациента) ожоговые раны обработаны «Пантенолом». В третью группу вошли 14 больных, ожоговые поверхности, которым были обработаны гелем «Апполо-Пак». Результаты оценивались по выраженности болевого синдрома, по характеру изменений со стороны ожоговых ран (углубление поражения, увеличение площади поражения), срокам заживления ран.