

отражающих воспалительные процессы. Предлагаемый лейкоцитарный индекс воспаления позволяет более точно определять степень воспаления при гнойном процессе и определять показания для назначения антибиотиков.

Литература

1. Алексеев А.А., Крутиков М.Г., Бобровников А.Э. Сепсис у обожженных: вопросы диагностики, профилактики и лечения // Инфекция и антимикробная терапия. – 2001. – № 3. – С. 74-76.
2. Газин И.К. Информативность маркеров в оценке тяжести эндотоксикоза при гнойно-некротических поражениях нижних конечностей у больных диабетом // Клиническая лабораторная диагностика. – 2008. – № 12. – С. 17-20.
3. Гусак В.К., Фисталь Э.Я., Сперанский И.И. и соавт. Оценка тяжести эндогенной интоксикации и выбор метода детоксикационной терапии у обожженных по данным лейкоцитограммы и биохимического мониторинга // Клиническая лабораторная диагностика. – 2000. – № 10. – С. 36-37.
4. Иванов Д.О., Шабалов Н.П., Шабалова Н.Н. и соавт. Лейкоцитарные индексы клеточной реактивности как показатель наличия гипо- и гиперэргического вариантов неонатального сепсиса // Педиатрия и неонатология (электронная версия). – 2005/3.
5. Иванова В.Н., Обедин А.Н., Первушин Ю.В. и др. Лабораторная оценка тяжести синдрома эндогенной интоксикации и выбора метода детоксикации у хирургических больных // Клиническая лабораторная диагностика. – 1999. – № 11. – С. 33.
6. Канцалиев Л.Б., Солтанов Э.И., Теузов А.А. Озон в лечении распространенных гнойных хирургических заболеваний пальцев и кисти // Хирургия. – 2008. – № 2. – С. 33-35.

7. Кузнецов Н.А., Родоман Г.В., Шалаева Т.И. и др. Прогнозирование развития полиорганной недостаточности при сепсисе у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей // Хирургия. – 2007. – № 5. – С. 28-31.

8. Раны и раневая инфекция / под ред. академика АМН СССР проф. М.И. Кузина, проф. Б.М. Костюченко. – М.: Медицина, 1981. – С. 688.

9. Федорова О.И., Кондурцев В.А., Давыдкин И.Л. и др. Реакции периферической крови у больных пожилого возраста при некоторых распространенных заболеваниях // Клиническая медицина. – 2008. – №2. – С. 48-50.

Рыбдылов Данзан Доржиевич, кандидат медицинских наук, начальник штаба ГО ЧС, МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангاپова». 670042, г. Улан-Удэ, пр. Строителей, 1, тел. 45-13-98, т/факс 55-62-53, e-mail: bsmpp@mail.ru

Хитрихеев Владимир Евгеньевич, Бурятский государственный университет, декан медицинского факультета, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, доктор медицинских наук, профессор. 670002, Улан-Удэ, Октябрьская, 36а, тел. раб. 44-82-55, e-mail: hitriheev@rambler.ru

Rybdylov Danzan Dorzhievich, candidate of medical sciences, chief of staff GO ChS, V.V. Angapov Municipal Clinical Hospital of First Aid. 670042, Ulan-Ude, etc. Builders, 1, tel. 45-13-98 t / fax 55-62-53, e-mail: bsmpp@mail.ru

Khitrikheev Vladimir Evgenevich – Buryat State University, dean of medical faculty, head of department of hospital surgery, doctor of medical sciences, Professor, Ulan-Ude, Oktyabrskaya str., 36a, tel. 44-82-55, e-mail: hitriheev@rambler.ru.

УДК 617.584:616.31-001.17-089.844

Д.Д. Рыбдылов, В.Е. Хитрихеев

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ

Из-за близкого расположения большеберцовой кости к коже глубокие ожоги передней поверхности голени часто осложняются остеомиелитом, краевым остеонекрозом, образованием длительно незаживающих ран. Изучены результаты лечения глубоких ожогов голени у 86 пациентов, 42 проведена консервативная подготовка ран к кожной пластике, 44 произведена операция: ранняя некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой ожоговых ран. Применение активной хирургической тактики лечения при глубоких ожогах передней поверхности голени позволило существенно улучшить результаты лечения и снизить сроки лечения.

Ключевые слова: большеберцовая кость, остеонекроз, ранняя некрэктомия, аутодермопластика.

D.D. Rybdylov, V.E. Khitrikheev

SURGICAL TREATMENT OF DEEP BURNS ON SHIN'S FRONT SURFACE

Because of the close location of tibia to the skin, deep burns of the shin's front surface are often complicated by osteomyelitis, boundary osteonecrosis and by the formation of long-term open wounds. The results of treatment of deep

burns of tibia at 86 patients have been studied, conservative preparation of wounds to skin plastic has been done to 42 of them, surgery operations have been carried out to 44 of them: early-stage necrectomy with autodermaplasty of burn wounds. The application of active surgery treatment for deep burns on shin's front surface has significantly improved treatment results and it has reduced terms of treatment.

Keywords: *tibia, osteonecrosis, early necrectomy, autodermepenthesi.*

Передний край, медиальная поверхность и буристости большеберцовой кости крайне уязвимы при глубоких ожогах из-за их близости к коже [4]. Кроме первичного повреждения они испытывают негативное воздействие и вторичных факторов, обусловленных инфекционно-воспалительным процессом. Поэтому часто применяемая выжидательная тактика лечения с консервативной подготовкой ожоговых ран к закрытию в большинстве случаев сопровождается развитием тяжелых инфекционных осложнений [2; 5]. Развитие остеомиелита или остеонекроза большеберцовой кости, образование длительно незаживающих ран [1; 3] приводят к существенному удлинению сроков лечения, требуют применения дорогостоящих антибиотиков широкого спектра действия, проведения большого количества этапных операций и заканчиваются стойкой потерей функции конечностей и инвалидизацией [2; 9].

Неудовлетворительные результаты лечения глубоких ожогов передней поверхности голени способствуют поиску более успешных методов лечения. В последние годы хирургами все чаще выбирается активная тактика лечения подобных видов травм. Одним из методов данной тактики является операция ранняя некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой. Раннее удаление некротизированных тканей, по замыслу исследователей, должно предупредить развитие вышеперечисленных тяжелых гнойно-септических осложнений [2; 4; 5; 6; 7; 8].

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

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 86 больных с глубокими ожогами передней поверхности голени за период с 2002 по 2010 г. в отделении гнойной хирургии и ожогов Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Улан-Удэ. Общая площадь поражения у больных составляла от 5 до 25% поверхности тела.

Изолированный глубокий ожог передней поверхности голени имел место только у 8 больных, в остальных случаях он сочетался с термическими поражениями других локализаций. В 16 слу-

чаях ожог голени был циркулярным.

Больные были разделены на 2 группы.

Первую группу составили 42 пациента, которым подготовка к закрытию ожоговых ран проводилась преимущественно консервативным способом. Для ускорения подготовки раны к кожной пластике для них проводились этапные некротомии и некрэктомии, химический некролиз ожогового струпа. Для профилактики и борьбы с раневой инфекцией, ускорения созревания грануляций производились перевязки с серебросодержащим препаратом «Эбермин» и пленочными покрытиями «Бранолинд».

Во вторую группу вошли 44 пациента, которым, после соответствующей предоперационной подготовки, была произведена операция: ранняя некрэктомия с одномоментной аутодермопластикой. В большинстве случаев операция производилась на 3-и (32 больных), 4-е (6 больных) и 5-е (4 больных) сутки после травмы. Двое больных прооперированы в более поздние сроки на 9-е и 11-е сутки после травмы из-за позднего перевода их в ГК БСМП из районных больниц.

Результаты лечения оценивались по срокам лечения и развитию осложнений, таких как остеомиелит, остеонекроз, длительно незаживающие раны.

Результаты. В первой группе течение раневого процесса затруднилось развитием инфекционных осложнений у 38 больных. Краевой остеонекроз развился у 28 больных, причем у 5 он отмечался и после аутодермопластики, что существенно удлинило сроки лечения. Остеомиелит большеберцовой кости развился у 2 больных, в дальнейшем он перешел в хроническую форму и сопровождался частыми приступами парараневой экземы. Длительно незаживающие раны имели место у 16 больных. У 8 больных развились по 2 из вышеперечисленных осложнений. Средний срок первичного стационарного лечения у больных данной группы составил 34,6 дня. В связи с инфекционными осложнениями 18 больных были госпитализированы повторно, а 3 из них проходили стационарное лечение по 3-4 раза.

Во второй группе 44 пациентам после предоперационной подготовки были произведены ранние некрэктомии с одномоментной аутодер-

мопластикой, 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 больных, случаев развития остеомиелита не было. Длительно незаживающие раны имели место у 2 больных, для закрытия которых они были повторно госпитализированы и оперированы. Средний срок стационарного лечения составил 24,4 дня, при этом 3 больных с изолированными поражениями передней поверхности большеберцовой кости были выписаны на 12-14 сутки после госпитализации. У больных этой группы достаточно длительно сохранялся визуальный дефект мягких тканей голени, обусловленный отсутствием подкожно-жировой клетчатки, но он не сказывался на функции конечности.

Заключение. Относительно лучшие результаты лечения больных второй группы позволяют рекомендовать раннюю некрэктомию с одномоментной аутодермопластикой при глубоких ожогах передней поверхности голени в качестве метода выбора. При сочетании данной травмы с поражениями других локализаций операции на голени нужно проводить в первую очередь.

Литература

1. Абугалиев К.Р. Хирургическая обработка длительно незаживающих ожоговых ран: сб. науч. тр. II Съезда комбустиологов России. – М., 2008. – С. 158-159.
 2. Альтшуллер Е.М., Запольной Г.П., Шрайнер С.А. и соавт. Лечение глубоких ожогов крупных суставов // Комбустиология на рубеже веков: материалы междунар. конгр. – М., 2000. – С. 132-133.
 3. Бобровников А.Э., Крутиков М.Г., Акименко А.Б. Остаточные длительно существующие ожоговые раны: сб. науч. тр. II Съезда комбустиологов России. – М., 2008. – С. 133-134.
 4. Гиматдинов Р.И., Зинатуллин Р.М., Хунафин С.Н. Тактика лечения глубоких ожогов нижних конечностей // Нижегородский медицинский журнал. Приложение: Комбустиология. – 2004. – С. 147.
 5. Дмитриев Д.Г., Ручин М.В. Хирургическое лечение ожогов с повреждением глубоких анатомических структур // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: материалы науч. конференции. Ч. II. Термическая травма. – Нижний Новгород. 2001. – С. 93-95.
 6. Куватов С.С., Смольников В.В., Гиматдинов Р.И. и соавт. Тактика лечения глубоких ожогов нижних конечностей: сб. науч. тр. II Съезда комбустиологов России. – М., 2008. – С. 170-171.
 7. Подурец Д.П., Фисталь Н.Н., Арефьев В.В. Хирургическое лечение обширных субфасциальных ожогов с обнажением костей голени: сб. науч. тр. II Съезда комбустиологов России. – М., 2008. – С. 173-175.
 8. Солошенко В.В., Фисталь Э.Я., Андреев О.В. и соавт. Ранняя некрэктомию как средство профилактики осложнений субфасциальных термических поражений // Нижегородский медицинский журнал. Приложение: Комбустиология. – 2004. – С. 177-178.
 9. Христо С.А. Превентивная хирургия при глубоких ожогах у детей // Комбустиология на рубеже веков: материалы международного конгресса. – М., 2000. – С. 156-157.
- Рыбдылов Данзан Доржиевич** – кандидат медицинских наук, начальник штаба ГО ЧС, МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангاپова». 670042, г. Улан-Удэ, пр. Строителей, 1, тел. 45-13-98, т/факс 55-62-53, e-mail: bsmp@mail.ru
- Хитрихеев Владимир Евгеньевич** – Бурятский государственный университет, декан медицинского факультета, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, доктор медицинских наук, профессор. Адрес: 670002, Улан-Удэ, Октябрьская, 36а, тел. раб. 44-82-55, e-mail: hitriheev@rambler.ru
- Rybdylov Danzan Dorzhievich** – candidate of medical sciences, chief of staff GO ChS, V.V.Angapov Municipal Clinical Hospital of First Aid. 670042, Ulan-Ude, etc. Builders, 1, tel. 45-13-98 t / fax 55-62-53, e-mail: bsmp@mail.ru
- Khitrkheev Vladimir Evgenevich** – Buryat State University, dean of medical faculty, head of department of hospital surgery, doctor of medical sciences, professor, Ulan-Ude, Oktyabrskaya str., 36a, tel. 44-82-55, e-mail: hitriheev@rambler.ru.

УДК 616.921.5

М.С. Ширапова, В.Б. Алексеев, Т.А. Сымбелова

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГРИППА А (H1N1) И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ (по данным МУЗ «Городская инфекционная больница»)

В статье представлены данные анализа клинического течения гриппа А за 2009 и 2011 г. (январь-февраль). Дана эпидемиологическая характеристика пациентов. Определены принципы лечения больных с учетом тяжести состояния.

Ключевые слова: грипп, статистика, лечение.