

Д.Д. Рыбдылов, В.Е. Хитрихеев

**РАННЯЯ НЕКРОТОМИЯ КАК МЕТОД СНИЖЕНИЯ
СТЕПЕНИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ***Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Улан-Удэ)***АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ**

Обширное повреждение мягких тканей при ожоговой травме сопровождается появлением продуктов деградации тканей и биологически активных веществ. Накопление в организме пострадавшего тканевых антигенов, токсических органических веществ, биологических аминов и медиаторов воспаления способствует развитию тяжелого интоксикационного синдрома. Выраженность интоксикационного синдрома зависит от площади и глубины повреждения, а также и от качества проводимого лечения. Основными методами борьбы с тяжелой интоксикацией являются инфузионная дезинтоксикационная терапия и экстракорпоральная детоксикация. Методы местного лечения ожоговой раны также влияют на уровень токсемии, но исследования в этой области немногочисленны. В них преимущественно изучается местное воздействие различных лекарственных препаратов, входящих в состав перевязочных средств, при этом исследователи справедливо предполагают, что качественное состояние ожоговой раны влияет на уровень токсемии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение влияния консервативного и хирургического методов местного лечения ожоговых ран на показатели интоксикационного синдрома.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сформированы две группы больных с площадью ожога II – IIIАБ степени от 15 до 20 % поверхности тела. В основную группу вошли 12 пострадавших, в контрольную – 14. В основной группе в первую фазу раневого процесса проводились перевязки с растворами антисептиков и выполнялась ранняя некротомия (в виде клеток $S = 9 - 12 \text{ см}^2$) на 2 – 3-и сутки после получения травмы. В контрольной группе местное лечение выполнялось традиционным методом с помощью влажно-высыхающих повязок. Анализ уровня токсемии осуществлялся по показателям мочевины, креатинина, общего белка крови, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Кальф-Калифу, которые изучались на 2, 4, 6-е сутки после травмы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе изучаемых показателей крови наиболее информативным были показатели ЛИИ, диапазон колебаний показателей мочевины, креатинина и общего белка крови был незначителен, что не- сколько затрудняло оценку уровня интоксикации.

В основной группе на 2-е сутки показатели ЛИИ повышались до $4,01 \pm 0,5$ ед., мочевины – до $9,02 \pm 1,05$, креатинина – до $121,08 \pm 5,06$, общего белка – до $112,4 \pm 2,1$. На 4-е сутки (1 – 2-е сутки после операции) ЛИИ сохранялся примерно на том же уровне $4,12 \pm 1,1$, а показатели мочевины, креатинина и общего белка крови снижались до $7,52 \pm 0,86$, $89,56 \pm 3,26$ и $92,44 \pm 2,35$ соответственно. На 6-е сутки после травмы (3 – 4 сутки после операции) ЛИИ несколько повысился до $4,88 \pm 1,17$, показатели мочевины, креатинина и общего белка крови были стабильны $7,23 \pm 0,94$, $86,92 \pm 3,5$, $93,05 \pm 3,6$ соответственно.

В контрольной группе отмечались следующие показатели: на 2-е сутки ЛИИ $4,04 \pm 0,46$, мочевина $9,1 \pm 0,65$, креатинин $119,8 \pm 7,8$, общий белок $115,12 \pm 3,38$. На 4-е сутки после травмы отмечается заметное повышение ЛИИ до $6,75 \pm 1,6$, некоторое увеличение показателей мочевины до $11,24 \pm 2,5$ и креатинина до $124,88 \pm 6,9$, снижение общего белка в крови до $86,64 \pm 3,66$. На 6-е сутки после травмы ЛИИ сохранился на высоких цифрах – $5,76 \pm 2,05$, показатели мочевины и креатинина снизились до $8,04 \pm 0,16$ и $92,44 \pm 5,6$, показатель общего белка в крови упал до нижней границы нормы – $72,34 \pm 4,76$.

Представленные выше данные свидетельствуют о том, что при ожоговых поражениях средней степени тяжести, ранняя некротомия позволяет снизить уровень токсемии. По всей видимости, это обусловлено тем, что при некротомии часть образующихся продуктов деградации тканей эвакуируются через рану.

При дальнейшем наблюдении за этими больными обнаружено, что ранняя некротомия способствовала более быстрому отторжению струпа – в среднем на 4,5 суток. По всей видимости, это обусловлено тем, что рассечение плотного струпа на мелкие участки ускоряет процесс биологического некролиза.

ВЫВОДЫ

1. При термических поражениях средней степени тяжести для оценки степени интоксикации в практической работе наиболее информативен показатель ЛИИ.

2. Проведение ранней некротомии позволяет снизить уровень токсемии и развитие гипопротемии.

3. Ранняя некротомия с разделением струпа на мелкие участки позволяет добиться более раннего его отторжения.

Е.Г. Седунова

К ВОПРОСУ О СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АНЕМИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА ПО ДАННЫМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОКБ НА СТ. УЛАН-УДЭ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Отделенческая клиническая больница на ст. Улан-Удэ (Улан-Удэ)

Анемия — состояние, характеризующееся снижением содержания общего внутриэритроцитарного гемоглобина крови, приводящего к уменьшению общей кислородной емкости крови. Наиболее характерным является снижение гемоглобина в единице объема крови и уменьшение содержания эритроцитов. Тяжесть анемии определяется по уровню этих показателей. Умеренная анемия характеризуется у женщин снижением содержания эритроцитов от $3,7$ до $3,0 \times 10^{12}/л$ и гемоглобина от 119 до 90 г/л, у мужчин — снижением содержания эритроцитов от $3,9$ до $3,0 \times 10^{12}/л$ и гемоглобина от 129 до 90 г/л. Средняя степень анемии независимо от пола характеризуется снижением эритроцитов от $2,9$ до $2,0 \times 10^{12}/л$ и гемоглобина от 89 до 80 г/л. При тяжелой анемии эритроциты снижаются ниже $2 \times 10^{12}/л$ и гемоглобин менее 60 г/л [4].

По патогенезу анемии делятся на постгеморрагические, дизэритропоэтические и гемолитические. Самый распространенный вид анемий — это железодефицитные анемии (80 % от всей заболеваемости анемий), возникающие в результате нарушения образования гемоглобина. Во всех странах мира женщины заболевают значительно чаще, чем мужчины, в 11 % — это женщины детородного возраста [2]. Для большинства мужчин и женщин в постменопаузе причиной дефицита железа является хроническая кровопотеря из желудочно-кишечного тракта. У женщин детородного возраста причиной железодефицитной анемии являются маточные кровотечения, беременность и лактация. Среди причин на третьем месте стоят инфекционный, воспалительный процессы, злокачественные новообразования, болезни печени [5].

Хроническая кровопотеря является причиной ЖДА в 88 % случаев.

B_{12} -дефицитные анемии возникают в результате длительного отрицательного баланса витамина B_{12} , который возникает либо при недостаточном поступлении витамина B_{12} , либо при нарушении усвоения этого витамина в организме при патологии желудка и толстого кишечника.

Для анализа анемий, разделенных по патогенетическому признаку, были взяты 1000 историй болезни второго терапевтического отделения Отделенческой клинической больницы на станции Улан-Удэ ОАО «РЖД».

Были исследованы результаты общего анализа крови. Различные параметры были определены по стандартным общепринятым методикам [1, 3]. Для уточнения причины анемий определялся уровень железа в сыворотке и общая железосвязывающая способность. В структуре всей патологии терапевтического отделения анемии различного генеза составляют 11,4 %, из них железодефицитные составляют 51,8 %; B_{12} -дефицитные анемии — 8,8 %; смешанные анемии с преобладанием дефицита железа — 37,7 %, и гипопластические анемии — 1,7 %.

Результаты распределения анемий по степени тяжести представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение анемий по степени тяжести

Вид анемии Степень тяжести	ЖДА		B_{12} -дефицитная анемия		Смешанная анемия		Гипопластическая анемия	
	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м
легкая	13,1 %	9,6 %	—	—	11,4 %	10,5 %	—	—
средней тяжести	23,6 %	6,1 %	4,4 %	0,9 %	3,5 %	7,9 %	—	—
тяжелая	3,5 %	0,9 %	2,6 %	0,9 %	2,6 %	1,7 %	0,9 %	0,9 %

Из таблицы видно, что чаще других встречается ЖДА средней степени тяжести у женщин. ЖДА легкой степени среди мужчин и женщин, равно как и легкая степень смешанной анемии выявлены с незначительной разницей. Анемия тяжелой степени также в большем проценте случаев отмечается у женщин среди всех видов анемий, исключая гипопластическую. Гипопластическая анемия на 1000 историй болезни выявлена у одной женщины 72 лет и у одного мужчины 67 лет, в первом случае зарегистрирован диагноз: идиопатическая тромбоцитопения и анемия; во втором случае — миелолейкоз.