

## **МЕТОД РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ.**

Лобан Е.К., Бейзеров Ю.М., Ширяев А.В., Струнович А.А., Инфарович С.А.  
УЗ ЦМБ г. Могилев, Республика Беларусь.

В лечении глубоких ожогов основным методом является ранняя хирургическая тактика – ранняя некрэктомия с одномоментной или отсроченной аутодермопластикой. Данный подход в лечении тяжелой ожоговой травмы приводит к снижению гнойно-септических осложнений, сокращает сроки лечения и позволяет быстрее восстановить трудоспособность.

В Могилевском областном ожоговом отделении ранняя хирургическая тактика применяется с 2000г. Это стало возможным в результате оснащения отделения необходимым оборудованием и инструментарием.

Количество ранних некрэктомий по годам:

2000г. - 62, 2001г. – 112, 2002г. – 188, 2003г. - 218, 2005г.-286.

Тангенциальная некрэктомия проводилась некротомными ножами (Wotson), а некрэктомия до фасции выполнялась скальпелем с электрокоагуляцией.

Средний срок выполнения ранних некрэктомий колеблется в пределах 4.6 – 6.2 дня с момента получения травмы. Максимальная площадь одномоментной некрэктомии равнялась 15-18% поверхности тела при общей площади ожога до 65%.

В 2003 году отделение обеспечено радиохирургическим прибором «Сургитрон» фирмы «Ellman» USA с частотой 3,8мгц. С момента получения радиохирургического прибора выполнено 44 ранних некрэктомии до фасции у взрослых с одномоментным закрытием ран кожными трансплантатами. Общая площадь ожоговых ран составляла от 0,5% до 30%, максимальная площадь одномоментной некрэктомии составила 18%.

Предварительно выполнялась инфильтрация тканей подлежащих к ожоговому струп физиологическим раствором. Удаление ожогового струпа выполнялось до фасции, а в случае ее поражения до жизнеспособных тканей. Некрэктомия выполнялась радиоскальпелем или другими электродами в режиме «резание-коагуляция». Рассечение тканей происходит без каких либо усилий.

По линии разреза ткань выглядит неизменной, бледно-розового цвета. Во всех случаях операции заканчивались одномоментной аутодермопластикой трансплантатами с перфорацией 1:2 или без нее. Донорские раны и трансплантаты покрывались сетками «Бактиграс» или «Желонет», салфетками с хлоргексидином и бинтовались креповыми бинтами. Случаев кровотечения из ран в послеоперационном периоде не отмечалось. Приживление трансплантатов составило 96-100%. Отмечены случаи не приживления по линии разреза при наличии толстого подкожно-жирового слоя.

Первая перевязка выполнялась на 4-7 день после операции. В 14 случаях при выполнении некрэктомии от 10 до 18% потребовалась однократная гемотрансфузия в дозе 300-400мл. У этой же группы больных отмечалось незначительное снижение показателей гемоглобина и эритроцитов до 12% от исходного. В контрольной группе больных, которым выполнялись некрэктомии по обычной методике снижение уровня гемоглобина и эритроцитов составили 15-22%, что потребовало переливания большего количества эритроцитной массы в дозе 600-800мл. Степень приживления трансплантатов 90-93%. Больные с обширными ожогами получали инфузионную, антибактериальную терапию.

Применение радиоволновой некрэктомии является более простым в выполнении, приводит к меньшей кровопотере, снижает потребность в препаратах крови, улучшает приживление трансплантатов.

Лобан Е.К.

Бейзеров Ю.М.

Ширяев А.В.

Струнович А.А

Инфарович С.А.