
Литература:

1. Мохорт, Т. В. Мультифакториальный подход в лечении сахарного диабета 2-го типа: современные возможности / Т. В. Мохорт // Кардиология в Беларуси. – 2024. – Т. 16, № 4 – С.401–415.
 2. Global Prevalence of Diabetic Retinopathy and Projection of Burden through 2045: Systematic Review and Meta-analysis / Z. L. Teo [et al.] // Ophthalmology. – 2021. – Nov;128(11). – P. 1580–1591.
 3. Incidence and progression of diabetic retinopathy: a systematic review. C. Sabanayagam [et al.] // The Lancet Diabetes Endocrinol. – 2019. – Feb;7(2). – P. 140–149.
 4. Частота ретинопатии у пациентов с сахарным диабетом по данным центра диабета / А. Ш. Сейдинова [и др.] // Вестник КазНМУ. – 2017. – №1. – С. 328–330.
 5. Incidence and Progression of Diabetic Retinopathy in Urban India: Sankara Nethralaya-Diabetic Retinopathy Epidemiology and Molecular Genetics Study (SN-DREAMS II), Report 1. / R. Raman [et al.] // Ophthalmic Epidemiol. – 2017. – Oct;24(5) – P. 294–302.
-

Скакун П.В.^{1,2}, Алексеев С.А.¹

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

СРАВНЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТАНГЕНЦИАЛЬНОЙ НЕКРЭКТОМИИ В ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Введение. Хирургическое иссечение некротизированных тканей при лечении ожоговых ран получило широкое распространение только с начала XX века. На сегодняшний день стандартом хирургического лечения пациентов с тяжелой ожоговой травмой при наличии глубоких ожогов является раннее этапное иссечение некротизированных тканей начиная с выхода пациента из состояния ожогового шока. Оперативные вмешательства осуществляются с интервалом в 2–3 дня до тех пор, пока не будут удалены все некротизированные ткани. Основным фактором, ограничивающим объем одномоментного вмешательства, является интраоперационная кровопотеря.

Цель. Сравнить объем кровопотери при выполнении первичной и вторичной некрэктомии при выполнении тангенциальной некрэктомии в этапном лечении тяжелообожженных.

Материалы и методы. С целью оценки разницы кровопотери при выполнении первичного и последующего оперативного вмешательства мы оценили результаты лечения 52 пациентов с ожоговой болезнью, находившиеся на стационарном лечении в Республиканском ожоговом центре на базе УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» в 2020–2024 годах. У всех пациентов в периоде ожоговой токсемии ожоговой болезни выполнена 104 этапная тангенциальная некрэктомия (52 первичных операции и 52 вторичных).

Для расчета кровопотери у всех пострадавших учитывали возраст, вес, пол, площадь выполненной некрэктомии и кожной пластики, локализацию ожоговых ран, содержание гемоглобина и гематокрита за 24 ч до и через 24 ч после операции, а также объем эритроцитарной массы (взвеси), потребовавшейся для гемотрансфузии

в раннем послеоперационном периоде. Для расчета кровопотери использовался метод НИИ Скорой помощи им. И.И. Джanelидзе (Зиновьев Е.В. и соавт.).

Полученные данные были подвергнуты обработке общепринятыми методами непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов в периоде ожоговой токсемии ожоговой болезни было выполнено 104 этапных тангенциальных некрэктомии, в ходе которых некротизированные ткани иссекали послойно до жизнеспособных.

Площадь одномоментной некрэктомии в группе с первичной некрэктомией составила 9 (6;13)% п.т., в группе с вторичной некрэктомией – 6 (5; 8)% п.т., наблюдались статистически значимые различия ($U=780,5$, $p<0,001$). Длительность операции в группе с первичной некрэктомией составила 117,5 (85; 140) мин, в группе с вторичной некрэктомией – 90 (75; 130) мин ($U=1163,0$, $p<0,220$).

Далее нами выполнен расчет объема интраоперационной кровопотери при выполнении первичного и вторичного оперативного вмешательства. Объем кровопотери на 1% п.т. иссекаемых тканей в группе с первичной некрэктомией составил 141 (100; 191) мл, в группе с вторичной некрэктомией – 179 (137; 239) мл, наблюдались статистически значимые различия ($U=909,0$, $p=0,004$).

Выводы. При выполнении первичной тангенциальной некрэктомии в этапном лечении тяжелообожженных относительный объем интраоперационной кровопотери на 1% п.т. иссекаемых тканей статистически значимо меньше, чем при выполнении вторичной операции, что указывает на необходимость максимально большого иссечения некротизированных тканей при первичной некрэктомии.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025