

## ЗМІСТ

## ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ

- Кулачек Ф. Г., Іващук О. І., Боднар О. Б., Харук Л. М.** Класифікація і вибір тактики лікування хронічної гастродуоденальної виразки, ускладненої кровотечею, у хворих похилого та старечого віку..... 5
- Шор Н. А., Левина В. П.** Гнойный панкреатит..... 7
- Шевчук І. М.** Хірургічне лікування гострого панкреатиту..... 9
- Котенко О. Г.** Состояние спланхического кровообращения у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка при циррозе печени..... 12
- Волосюк А. Є.** Формування дистального спленоренального анастомозу в поєднанні з прошиванням шлунково-стравохідного переходу при лікуванні синдрому портальної гіпертензії у дітей..... 16
- Баешко А. А., Рогов Ю. И., Крючок А. Г., Сысоев А. В., Пучков А. Ф., Берлов Г. А.** Нарушение проходимости подвздошных вен..... 19
- Мітюк О. І.** Застосування екстракорпоральної стимуляції венозного відтоку у лікуванні трофічної виразки у хворих похилого і старечого віку..... 22
- Гетьман Е. Е., Процьк В. С.** Ближайшие и отдаленные результаты криохирургического лечения рака органов полости рта..... 24
- Лисенко Р. Б.** Хірургічне лікування післяопераційної, > грижі живота великого розміру у хворих з ожирінням \* 26
- Баленко А. А.** Количественная оценка степени тяжести эндотоксемии при ожоговой болезни и возможность ее коррекции..... 29
- Суховий М. В., Демидюк П. Ф.** Хирургическое лечение гемолитической анемии..... 31
- Кривченя Д. Ю., Слепов А. К., Чумакова Л. Ф.** Ошибки и опасности в хирургическом лечении сосудистых опухолей средостения, обусловливающих компрессию дыхательных путей, у детей..... 36
- Глумчер Ф. С.** Использование высокочастотной искусственной вентиляции легких в хирургии трахеи 38

## ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Соломко А. В.** Изучение анастомозов, сформированных с использованием синтетических рассасывающихся шовных материалов, в хирургии желудка и кишечника..... 41

## ОРГАНІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

- Зозуля Ю. П., Педаченко Є. Г., Морозов А. М., Пацко Я. В.** Сучасний стан нейрохірургічної допомоги в Україні та перспективи її розвитку..... 44
- Петренко В. Ю.** Основні напрями реформування хірургічної служби адміністративної області, підвищення якості та ефективності хірургічної допомоги населенню..... 46

## ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ

- Суходоля А. І.** Сучасний підхід до хірургічного лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки .... 47

## CONTENTS

## GENERAL PROBLEMS OF SURGERY

- Kulachek F. Givashchuk O.I., Bodnar O. B., Kharruk L. M.** Classification and the tactics treatment choice of chronic gastroduodenal ulcer, complicated by hemorrhage, in elderly and senile patients..... 5
- Shor N. A., Levina V. P.** Purulent pancreatitis..... 7
- Shevchuk I. M.** Surgical treatment of an acute pancreatitis..... 9
- Kotenko O. G.** The state of splanchnical blood circulation in patients with varicose veins of the esophagus and stomach in liver cirrhosis..... 12
- Volosyuk A. E.** Forming of distal splenorenal anastomosis in conjunction with gastroesophageal junction suturing while treatment of the portal hypertension syndrome in children..... 16
- Bayeshko A. A., Rogov Yu. I., Kryuchok A. G., Sisoyev A. V., Puchkov A. F., Bertov G. A.** The iliac veins possibility disorder..... 19
- Mityuk O. I.** Application of extracorporeal stimulation of venous outflow in treatment of trophic ulcer in elderly and senile patients..... 22
- Gethman E. E., Protsik V. S.** Immediate and late follow-up results of cryosurgical treatment of the oral cavity cancer..... 24,
- Lisenko R. B.** Surgical treatment of postoperative abdominal hernia of a great size in patients with obesity
- Baienko A. A.** Quantitative estimation of the endotoxemia degree severity in the burn disease and possibility of its correction..... 29
- Sukhoviyy M. V., Demidyuk P. F.** Surgical treatment of hemolytic anemia..... 31
- Krivchenya D. Yu., Slepov A. K., Chumakova L. F.** The faults and dangers in surgical treatment of mediastinal vascular tumors, causing the respiratory ways compression, in children..... 36
- Glumcher F. S.** Application of high—frequent artificial pulmonary ventilation in the trachea surgery..... 38

## EXPERIMENTAL INVESTIGATION

- Solomko A. V.** Studying of anastomoses, performed using synthetic absorbable suture materials, in surgery of stomach and intestine..... 41

## ORGANIZATION OF SURGICAL SERVICE

- Zozulya Yu. P., Pedachenko E. G., Morozov A. M., Patsko Ya. V.** Modern state of neurosurgical service in Ukraine and perspectives of its development..... 44
- Petrenko V. Yu.** Main directions of the administrative regional surgical service reforming, raising of quality and efficacy of surgical service to population..... 46

## REVIEWS

- Sukhodolya A. I.** Modern approach to surgical treatment of duodenal ulcer disease..... 47

Частота виникнення рецидива, метастазів рака

Локалізація рака	Число больних	Стадія опухолі			Число рецидивів, метастазів
		I	II	III	
Кончик язика	3	2	1	-	-
бокова поверхність	42	3	10	29	12
спинка	6	2	4	-	4
Слизиста оболочка дна порожнини рота					
середня частина	17	3	9	5	6
бокова частина	32	2	12	18	12
Слизиста оболочка щек	4	1	2	1	4
Ретромолярна область	8	2	4	2	5
Слизиста оболочка твердого неба	4	2	1	1	3
Всього ...	абс. 116 %	17 14,7	43 37,1	56 48,2	46 39,6

узлов. Так, при первичному зверненні метастатичні вузли виявлені у 44 больних, з них 28 померли в строки до 2 років.

Відзначено залежність тривалості життя пацієнтів від форми росту пухлини. Показатель п'ятирічної виживаємості больних при язвенній формі росту пухлини становив  $(65,0 \pm 9,5)\%$ , при папілярній -  $(77,6 \pm 7,5)\%$ ; при інфільтративній і язвенно-інфільтративній формах росту 5 років не прожив ні один больний.

Рак слизової оболочці порожнини рота I-II стадії виявлен у 60 (51,7%) больних. Показатель двохлітньої виживаємості становив  $(84,5 \pm 5,1)\%$ , трьохлітньої -  $(79,9 \pm 5,7)\%$ , п'ятирічної -  $(72,3 \pm 6,7)\%$ . У 56 больних діагностовано рак III стадії, показаний двохлітньої виживаємості

становив  $(40,4 \pm 6,6)\%$ , трьохлітньої -  $(33,1 \pm 6,6)\%$ , п'ятирічної -  $(27,1 \pm 6,7)\%$ .

Таким чином, криогенний метод лікування є цінним додатковим методом в комбінованому і комплексному лікуванні больних раком слизової оболочці порожнини рота. Найкращий віддалений результат відзначено у пацієнтів з первичною і рецидивною пухлиною діаметром до 2,5 см, маючої папілярну форму росту. Неблагоприятний результат лікування відзначено при інфільтративній і язвенно-інфільтративній формі росту пухлини. При лікуванні рака язика і слизової оболочці дна порожнини рота найбільш частоту рецидивів пухлини відзначали в строки до 2 років. При наявності метастазів в лімфатичних вузлах тривалість життя больних значно зменшалась.

### Література

- Алиев Б. М., Пачес А. И., Чуприк-Малиновская Т. П. Отдаленные результаты комплексного и комбинированного лечения местнораспространенного рака слизистой оболочки полости рта // *Вопр. онкологии.* - 1990. - Т. 36, № 11.-С. 1358-1360.
- Битюцкий П. Г., Трофимов Е. И. Диагностика и лечение рака слизистой оболочки полости рта // *Мед. консультация.* - 1996.-№ 1.-С. 23-27.
- Кицманок З. Д., Чойнзонов Е. Л. Оценка эффективности различных схем лечения больных раком органов полости рта // *Стоматология.* - 1988. - № 4. - С. 44-45.
- Шемен Леррі И. Злоякісні хвороби ротової порожнини та слинних залоз // *Отоларингологія і хірургія голови та шиї.* У 2-х т.: Пер. з англ. / За ред. К. Дж. Лі. - К., 1995. - Т. 1.-С. 347-350.

Поступила 11.07.98

© Е. Е. Гетьман, В. С. Процьк, 1999

УДК 616-056.52+616.34-007.43-089

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ГРИЖІ ЖИВОТА ВЕЛИКОГО РОЗМІРУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ

**Р. Б. Лисенко**

*Кафедра хірургії стоматологічного факультету (зав. - проф. Б. П. Лисенко)  
Української медичної стоматологічної академії, м. Полтава*

*Реферат.* З приводу післяопераційної грижі живота (ПГЖ) оперовані 140 хворих з ожирінням. Гостра легенево-серцева недостатність виникла у 2 (1,4%), гострий тромбоемболіт вен нижніх кінцівок - у 2 (1,4%) хворих. Померли 2 (1,4%) хворих. Рецидив грижі у строки від 1 до 5 років виник у 3 (2,1%) хворих, оперованих за Мейо.  
*Ключові слова:* грижа живота - хірургічне лікування.

patients an acute cardiopulmonary insufficiency occurred, and in another 2 (1,4%) an acute thrombophlebitis of the lower extremities veins. Two patients died. The hernia recurrence have occurred in 3 (2,1%) patients operated according to Mayo method in terms from 1 to 5 years later.

*Key words:* abdominal hernia - surgical treatment.

*Summary.* There were 140 patients with morbid obesity operated on for postoperative abdominal hernia. In 2 (1,4%) грижі живота. Єдиного загальноприйнятого спо-

Виконання операції - єдиний метод лікування

собу хірургічного лікування ПГЖ, який би задовольняв вимоги хірургів, немає, що зумовлено анатомо-хірургічними особливостями грижі.

Зростає число хворих [2, 6], висока частота виникнення рецидивів грижі (4,5 - 42%) [2, 3, 4], значна післяопераційна летальність (3 - 12,5%) [2], наявність більш ніж 200 способів пластики дефектів черевної стінки свідчать про актуальність проблеми хірургічного лікування ПГЖ і зумовлюють необхідність подальшої розробки ефективних способів виконання операції [3, 4, 6].

У хворих з ПГЖ та ожирінням порушується обмін речовин, гальмуються репаративні процеси, збільшується ризик виникнення гнійних ускладнень. Патологічне ожиріння є актуальною проблемою сучасної медицини [5]. Найбільш поширена його форма - аліментарно-конституціональне ожиріння, яке спричинює інвалідизацію пацієнтів і багато пов'язаних з цим соціальних проблем [1, 5]. Консервативні методи лікування ожиріння малоєфективні [1, 5], тому в останні роки швидкими темпами розвиваються хірургічні способи в двох основних напрямках: видалення основного депо жиру та виконання втручання на органах травлення [1].

За період з 1989 по 1996 р. оперовані 140 хворих з ПГЖ великих розмірів та ожирінням - 127 (90,7%) жінок та 13 (9,3%) чоловіків. Вік пацієнтів від 27 до 85 років. За невідкладними показаннями оперовані 27 (19,3%) хворих, у плановому порядку - 113 (80,7%), в тому числі з приводу вправимої ПГЖ - 73 (52,2%), невправимої - 40 (28,6%).

Ожиріння I ступеня діагностовано у 19 (13,6%) хворих, II ступеня - у 55 (39,3%), III ступеня - у 46 (32,8%), IV ступеня - у 20 (14,3%). У більшості пацієнтів виявлено аліментарно-конституціональне ожиріння, маса тіла від 80 до 165 кг, у середньому ( $110 \pm 3$ ) кг, індекс маси тіла становив від 27,6 до 57 кг/м<sup>2</sup>.

У 72 (52,9%) пацієнтів діагностовані супутні захворювання - цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, у 8 з них - захворювання органів черевної порожнини (у 3 - фіброміома матки, у 2 - хронічний апендицит, у 2 - кіста яєчника, в 1 - жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит). Найчастіше виявляли ПГЖ в поєднанні з ожирінням та захворюванням серцево-судинної системи.

Тривалість існування грижі становила від 1 до 40 років. У 44 (31,4%) хворих рецидивна грижа живота виникла після оперативного лікування в інших лікувальних закладах, у 18 (12,8%) з них - до 11 разів. В 46 (32,8%) спостереженнях грижові ворота локалізувалися в середній (пупковій), в 36 (25,7%) - в підреберній ділянках. У 24 (17,2%) хворих виявили дві грижі та більше, у більшості 3 них - під час виконання операції через розширений доступ, який забезпечував проведення адекватної ревізії апоневрозу.

Найбільш часто ПГЖ виникала після виконання гінекологічної операції - в 44 (31,4%) спостереженнях та первинної герніопластики в пуп-

ковій ділянці - в 35 (25%). Всім хворим до виконання планової операції проводили комплексне обстеження, яке включало дослідження серцево-судинної системи, функції зовнішнього дихання, рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини. Середня тривалість госпіталізації до операції становила 4,5 днів, деяких хворих - до 14 днів. Всім хворим призначали спеціальну безшлакову дієту, щоденно очисні клізми, антиагреганти, полівітаміни, ранкову гігієнічну та лікувальну гімнастику, дозоване ходіння по східцях (типу теренкуру). Хворим з невправимою ПГЖ здійснювали дозоване бинтування живота після попереднього часткового вправлення грижі у черевну порожнину; всім хворим з вправимою ПГЖ - довану пневмокомпресію з ЛФК, за показаннями - коригуючу терапію супутньої патології.

Особливу увагу приділяли профілактиці нагноєння рани. За 2-3 доби до операції шкіру живота та пахвинні складки мили під душем щітками з милом, після чого обробляли розчином антисептика. За 20-30 хв до початку операції внутрішньовенно вводили подвійну разову дозу антибіотика широкого спектру дії (160 мг гентаміцину, 1 г ампіоксу, 2 г цефазоліну). Після проведення операції антибіотики застосовували за стандартною методикою протягом до 5 днів.

Від вибору оптимального оперативного доступу значною мірою залежить успіх операції. У 42 (30%) хворих з грижею у підреберній та середній ділянках застосували розріз за Фернадесом, у 2 (1,4%) з низькою (у лобковій ділянці) локалізацією грижових воріт - за Берсоном, що передбачало проведення дерматоліпектомії з видаленням операційного рубця та надлишку перерозтягнутої шкіри, підшкірної основи та жирового «фартуха». Доступ за Берсоном по суті є модифікованим доступом за Фернадесом. Особливістю його є застосування У-подібного розрізу довжиною 4-5 см в нижній частині живота по серединній лінії, гострий кут якого починається зразу над лобком.

Важливим фактором профілактики виникнення рецидиву грижі є видалення «висячого фартуха» живота, маса якого у хворих з ожирінням становить 8-10 кг. Якщо у цих хворих здійснювати тільки герніопластику, залишаючи «висячий фартух», сила тяжіння, що діє на нього, збільшує силу внутрішньочеревного тиску, і тим самим - сумарну силу, що діє на післяопераційний рубець, а це може спричинити рецидив грижі. Значні розміри «висячого фартуха» (інколи - до середини стегон) обмежують фізичну активність пацієнта, тому видалення фартуха можна вважати одним із факторів соціальної реабілітації хворого.

Застосування вказаних розрізів забезпечує широкий оперативний доступ до всіх відділів передньої черевної стінки, що дозволяє виконати оптимальну ревізію апоневрозу; забезпечити ізоляцію ірижових воріт від шкіри рани по всій довжині, завдяки чому зменшується ризик вто-

ринного інфікування; попередити виникнення рецидиву ПГЖ завдяки видаленню «вісячого фартуха»; досягти значного косметичного ефекту; прискорити соціальну реабілітацію хворого.

Особливим фактором є захист операційної рани від інфікування. Після обробки шкіри за однією з існуючих методик і обкладання операційного поля простирадами проводять розтин шкіри та підшкірної основи до апоневрозу. Після ретельного гемостазу на дно рани накладають суху серветку. З усіх боків по всій довжині рани фіксують пелюшку, складену вдвоє, до підшкірної основи вузловими швами капроною ниткою. Під підшиту пелюшку за ходом накладених швів на шкіру та підшкірну основу накладають велику марлеву серветку, що виходить за краї рани. В кутах рани фіксовані пелюшку та серветку зшивають одна з одною, захоплюючи шкіру. Таким чином шкіру та підшкірну основу вкривають стерильним матеріалом до дна операційної рани. Потім змінюють серветку на дні рани та знову обробляють рукавички. Для запобігання затіканню та накопиченню ексудату в рані в її кути вставляють марлеві серветки. Під час виконання операції рану декілька разів дозовано промивають розчином фурациліну. Після здійснення пластики гризових воріт пелюшку та серветку видаляють, промивають рану розчином фурациліну за допомогою шприца. Підшкірну основу зашивають під кутом, відкритим до нижнього кута рани, щоб забезпечити краще дренивання. Рану дрениують силіконовими трубками з активною аспірацією її вмісту.

У 42 (30,7%) хворих виконана пластика за Мейо, у 62 (44,3%) - типу Сапежко в модифікації клініки (при серединній локалізації дефекту), у 2 (1,4%) - за Напалковим, у 16 (11,4%) з ПГЖ після проведення апендектомії - коса пластика з формуванням дуплікатури, у 18 (12,8%) з рецидивною та гігантською ПГЖ - за Яновим (у 10 — типова з використанням заплати, у 8 - за оригінальним способом).

Значну увагу приділяли укріпленню слабких місць апоневрозу, чого досягали шляхом використання пластики за Сапежком та Яновим в модифікації клініки.

Після видалення рубцево-змінених тканин, залишків гризового мішка по периметру дефекту апоневрозу, при заокругленій його формі, V-подібно вирізають по серединній лінії кути, що надає дефекту еліпсоподібної форми. Біля гострих кутів з двох боків по серединній лінії над розрізом на апоневроз накладають два гофруючі шви, затягують вузли, використовуючи нитки як трималки. Підтягуючи вгору обидві трималки, накладають типові П-подібні шви (пластика за Сапежком). Після цього в сагітальних кутах біля зони пластики виявляють слабкі місця апоневрозу шляхом пальпації або підтягуючи за нитки-трималки. Навколо кутових швів у виявлених слабких місцях, відступаючи на 1-1,5 см від трималок, та через останній шов дуплікатури на апоневроз накладають з обох боків кисетні шви.

Зрізають нитки-трималки, занурюють їх у накладені кисетні шви та затягують їх. Отже, слабкі місця апоневрозу в кутах його дефекту укріплюють кисетними швами. Накладають другий ряд швів дуплікатури.

Після застосування для пластики дефекту апоневрозу великого розміру типової методики Янова з використанням аутодермальної заплати з підшкірної основи в зоні пластики протягом тривалого часу виділялась серозна рідина. Це зумовлювало виникнення гнійних ускладнень в рані. Нами запропоновано та використано спосіб аутодермальної пластики гризових воріт за допомогою «двоповерхового шнурування» зі спеціальними фіксуючими замками (патент України №94010206 від 17.11.94).

Симультанні операції з приводу ПГЖ в поєднанні з захворюваннями органів черевної порожнини, виявленими під час попереднього комплексного обстеження, виконані у 8 (5,7%) пацієнтів. Одночасно з радикальною операцією з приводу ПГЖ виконана холецистектомія в 1 хворій з хронічним калькульозним холециститом, надпихова ампутація матки з приводу її фіброміоми - у 2, апендектомія - у 2, видалення кістки яєчника - у 3. Специфічних ускладнень після виконання симультанної операції не спостерігали. Вважаємо за доцільне виконання симультанного втручання у хворих з ПГЖ та ожирінням після проведення всебічного обстеження до операції за відсутності ускладнень. Це в подальшому виключає необхідність здійснення оперативного втручання у хворого з загрозою виникнення рецидиву грижі.

Після операції значну увагу приділяли профілактиці виникнення легенево-серцевих та тромбоемболічних ускладнень, ранній нормалізації функції кишечника та видаленню серозно-геморагічної рідини з рани протягом 2-3 діб з застосуванням вакуумного дренивання, потім, за показаннями - пунктування підшкірної основи, промивання виявлених порожнин розчином антисептика.

В ранньому післяопераційному періоді у 2 (1,4%) хворих з ожирінням III—IV ступеня виникла гостра легенево-серцева недостатність, у 2 (1,4%) - гострий тромбоемболіт вен нижніх кінцівок, в 1 (0,7%) - динамічна непрохідність кишечника, які були усунені за допомогою консервативних засобів. Нагноєння операційної рани виникло у 3 (2,1%) хворих, підшкірна серома - у 6 (4,3%). Померли 2 (1,4%) хворих похилого віку від тромбоемболії легеневої артерії.

Видалений результат хірургічного лікування (в строки від 1 до 5 років) за даними анкет та обстеження вивчений у 92 хворих. У 3 (2,1%) з них, оперованих за методом Мейо, виник рецидив грижі.

#### **Висновки**

1. Використання розрізу за Фернандесом та Берсоном у хворих з ПГЖ та ожирінням забезпечує широкий оперативний доступ, що дозволяє здійснити оптимальну ревізію апоневрозу навко-

ло гризових воріт, видалити післяопераційний рубець та жировий «фартух», досягаючи значного косметичного ефекту.

2. Застосування методики профілактики нагноєння рани сприяє значному зменшенню частоти виникнення гнійних ускладнень загоєння рани.

3. Укріплення слабких місць апоневрозу під час виконання пластики за Сапежком та Яновим

#### Література

1. Бейл Е. А., Попова Ю. П. Борьба с ожирением // Клиническая медицина. - 1990. - Т. 68, № 8. - С. 106-110.
2. Брюшные грыжи / М. П. Черенко, Я. С. Валигура, М. Н. Яценюк и др. - К.: Здоровья, 1995. - 264 с.
3. Дерюгина М. С. Отдаленные результаты лечения гигантских грыж после акушерско-гинекологических операций // Хирургия. - 1997. - № 6. - С. 62-63.
4. Жебровский В. В., Тоскин К. Д., Ильченко Ф. Н. и др. Двенадцатилетний опыт лечения послеоперационных вентральных грыж // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. - 1996. - № 6. - С. 105-108.
5. Лаврик А. С. Хирургия морбидного ожирения / Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости: Сб. работ науч.-практ. конф., посвященной 15-летию кафедры хирургических болезней. - Х., 1998. - С. 106-107.
6. Фелештинский Я. П. Хирургическое лечение послеоперационной грыжи живота у пациентов пожилого и старческого возраста // Кліш. хірургія. - 1997. - № 11-12. - С. 17-20.

© Р. Б. Лисенко, 1999

Надійшла 30.06.98

УДК 617-001.17-08+616-008.6

## КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭНДОТОКСЕМИИ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ И ВОЗМОЖНОСТЬ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

**А. А. Баленко**

*Харьковский ожоговый центр, Харьковский институт усовершенствования врачей МЗ Украины*

*Резюме.* В лечении 176 пострадавших с ожогами с тяжелой и крайне тяжелой эндотоксемией (ЭТ) в качестве дополнительной неспецифической детоксикации (ДНД) применены эфферентные и квантовые методы. У 108 больных методы ДНД использовали превентивно, начиная с периода ожогового шока, у остальных - при выраженной ЭТ, обусловленной генерализацией инфекции. Ранний сепсис выявлен у 3,7% пострадавших основной и у 18,7% - контрольной группы. Если методы ДНД начинали применять при уже возникшем сепсисе у пострадавших с крайне тяжелой ЭТ, летальный исход отмечали в 3 раза реже, чем без использования ДНД, что обусловило снижение общей летальности в 2,7 раза.

*Ключевые слова:* ожоговая болезнь - эндотоксемия - дополнительная неспецифическая детоксикация - эфферентные и квантовые методы лечения.

*Summary.* Efferent and quantum methods were used in 176 injured persons with the burns and severe and extremely severe endotoxemia (ET) for additional nonspecific detoxication (AND). In 108 patients AND was applied for prophylaxis, beginning from the burn shock period, and in remaining patients - for significant ET, caused by the infection generalisation. An early sepsis was revealed in 3,7% of injured persons of the main and in 18,7% of control group. If the AND methods were applied while sepsis has begun in injured persons with extremely severe ET, the mortality was three times lower in comparison with such without AND application, causing the total mortality lowering in 2,7 times.

*Key words:* burn disease - endotoxemia - additional nonspecific detoxication - efferent and quantum methods of treatment.

в модифікації клініки сприяє зменшенню частоти виникнення рецидивів ПГЖ.

4. Виконання симультанної операції виправдане, оскільки в подальшому вдається уникнути застосування втручань на органах черевної порожнини при загрозі виникнення рецидиву ПГЖ та поліпшити якість життя хворого.



пептиды средней молекулярной массы (ПСММ), содержание которых в сыворотке крови увеличивается в среднем более чем в 3 раза, начиная с периода ожоговой токсемии [6]. Определение их концентрации дало возможность количественно оценивать степень тяжести ЭТ и эффективность лечебных мероприятий [8], в частности, методов ДНД [1, 3, 6, 9], которые начинают применять, как правило, во II и III периодах ОБ.

При использовании ДНД уменьшается концентрация ПСММ, улучшается состояние больного [1, 6], однако сведений о влиянии методов ДНД на количественную выраженность ЭТ при срочном и превентивном их использовании нет, хотя установлено, что уже через 2-4 ч после возникновения ожога токсические свойства сыворотки крови у пострадавших возрастают за счет накопления в ней ПСММ [9], обладающих высокой биологической активностью и вызывающих патологические эффекты. Кроме того, многим методам ДНД не дана научная оценка, что ограничивает их применение в клинической практике [4, 5, 7].

Целью работы было изучение влияния специально подобранного комплекса методов ДНД, включающих плазмаферез (ПА), непрямо электрохимическое окисление крови (НЭХОК), ее лазерное (ЛОК) и ультрафиолетовое (УФОК) облучение, выраженность ожоговой ЭТ при их использовании с первых часов и суток ОБ.

Одним из основных патогенетических факторов ЭТ при ожоговой болезни (ОБ) являются