

---

А.В. Глуткин, В.И. Ковальчук, Я.А. Ломонос  
г. Гродно, УО «Гродненский государственный медицинский  
университет»

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ КОЖИ У ДЕТЕЙ: ОТ ПОСТУПЛЕНИЯ ДО РЕАБИЛИТАЦИИ**

Выбор оптимального подхода к лечению обожженных остается актуальной проблемой современной комбустиологии, методы, средства и тактика лечения пациентов с ожогами постоянно совершенствуются. [Алексеев А.А., 2017; Бобровников А.Э., 2017; Saeidinia A. et al., 2017]. Ежегодно в Республике Беларусь за стационарной медицинской помощью обращаются около 35 тысяч человек, в России – 420-450 тысяч пострадавших от ожогов. Среди них большинство имеют поверхностные ожоги с незначительной в 80% случаев площадью поражения [Андреева Т.М., 2010; Алексеев А.А., 2017]. При этом пациенты нуждаются в основном в консервативном лечении, которое в 70% случаев можно провести в условиях амбулаторных учреждений. Примечательно, что 60-80% обожженных, которых госпитализируют на стационарное лечение, тоже имеют поверхностные и пограничные ожоги [Van Lieshout E.M. et al., 2018]. Для лечения ограниченных ожогов чаще всего применяют местное воздействие лекарственных веществ, в частности используют разнообразные покрытия. Существуют разные варианты повязок, они могут создаваться на основе биорезорбируемых материалов, содержать другие лечебные вещества, такие как ферменты, анестетики, антибиотики с целью комплексного воздействия на заживление ожоговой раны. [Choi Y.M. et al., 2018; Feldman D.S. et al., 2018]. Проблемой остается разработка и выбор оптимальных местных раневых покрытий для лечения локальных поверхностных и глубоких ожоговых, донорских ран и профилактики

раневой инфекции, и изыскание способов для проведения реабилитации [Османов К.Ф., 2017; Мордяков А.Е. и др., 2018; Bailey J.K. et. al., 2018].

**Цель.** Провести анализ современных методов лечения термических ожогов кожи у детей на основе анализа историй болезней.

**Материал и методы.** Проведён ретроспективный анализ 767 историй болезней с термическими поражениями, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной детской клинической больнице за период 2013-2019 гг.

**Результаты.** За данный период госпитализировано 767 пациентов с термической травмой, из них 78% госпитализировано в отделение экстренной хирургии, а 22% - отделение реанимации с признаками ожогового шока. По гендерному признаку: 40% - девочек, мальчиков – 60% человек. По возрасту: до 1 года составило 39%, от 1 года до 3 лет – 48%, старше 3 лет - 13%. Наиболее частый термический агент воздействующим на кожу ребенка: горячая жидкость - 96%: вода – 67%, чай – 18%, кофе – 10%, бульон – 13,7%, молоко – 1,3%. Распределение детей по дням получения ожога: понедельник – 18%, вторник – 14,7%, среда – 14,5%, четверг – 14,5%, пятница – 12,2%, суббота- 13,3%, воскресенье – 12,7%. По нашим данным, в общей структуре госпитализированных пациентов наиболее часто ожоговая травма отмечается летом – 26,6% человека и осенью – 27%, в период максимальной активности. Весной – 26%, а зимой – 20,4%. По времени получения ожога пациенты распределились следующим образом: 6.00-12.00 – 24%, 12.00-18.00 – 42%, 18.00-24.00 – 29%, 24.00-06.00 – 5%.

Местное лечение осуществляется в 98% закрытым способом. Инновационным методом в местном лечении – использование биопластических материалов «Коллост» (7% гель, мембрана, порошок). Результат использования 7% геля «Коллост». На 5-е сутки площадь раневой поверхности составила 18,88 [9,15; 38,9] см<sup>2</sup>, на 9-е сутки после удаления гидроколлоидного покрытия у 2-х детей наблюдалась спонтанная эпителизация, и сокращение раневой поверхности до 4,49 [1,78; 7,35] см<sup>2</sup>  $p < 0,01$ , на 14-е сутки эпителизация наблюдалась из 8 человек у 6, у 1-го пациента рана представляла активную грануляционную ткань и значительно сократилась площадь раны от исходной, на которую выполнили аутодермопластику расщепленным кожным лоскутом и в последующем отмечалось 100% его приживление, а у 2-го пациента

площадь раны составила 1,24 см<sup>2</sup>, что на 88,3% меньше по отношению к исходной ожоговой поверхности на 5-е сутки, к 18-м суткам отмечалось полное заживление. На 4-й недели исследования у всех пациентов не отмечалось ран, а кожные покровы в местах эпителизации имели гиперпигментацию, признаков возникновения рубцов не было. Через 6 месяцев при использовании 7% геля «Коллост» у 8 (80%) человек не наблюдалось появления рубцовой ткани, отмечалось уменьшение гиперпигментации и переход в гипопигментацию. Только у 2-х пациентов отмечен рубцовый процесс: толщина до 2 мм над уровнем кожи; 25% площади рубца неравномерной толщины; рубец розового цвета; смешанной пигментации; берется в складку; без изъязвлений; зуд слабый, непостоянный; не прогрессирует в росте.

При реабилитации используются препараты медицинского силикона, компрессионного белья, микронидлинг, гормонотерапия.

**Выводы.** 1. Проведенный анализ ожоговой травмы у детей предоставил установить влияние эпидемиологических факторов на формирование детского ожогового травматизма в Гродненской области, что позволит создать алгоритм профилактических мероприятий.

2. Результат лечения термических ожогов кожи зависит от своевременного начала общего и местного лечения.

3. Развитие детской комбустиологии в Республике Беларуси сопряжено с применением раневых покрытий, биопластического материала и использование клеточных культур.

4. Нерешенной проблемой является дифференцированный подход к лечению пациентов с пограничными ожогами кожи, что требует исследования в данном вопросе.