

Крот А. А., Шестель И. В.

АУТОДЕРМОПЛАСТИКА КАК СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВ II-III А-Б СТЕПЕНЕЙ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель доктор мед. наук, доцент Дегтярёв Ю. Г.

Кафедра детской хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Детский травматизм является одной из главных причин детской инвалидности и смертности во всем мире. Ежегодно в Республике Беларусь травмы различного характера получают около 150 тыс. детей. В структуре травм существенное место занимают ожоговые травмы.

Цель: оценить эффективность применения кожной пластики расщепленным кожным лоскутом и полнослойным кожным лоскутом в лечении ожогов II-III А-Б степеней у детей различных возрастных групп.

Материалы и методы. В ходе ретроспективного анализа стационарных карт 40 пациентов в возрастной группе от 1-17 лет, находившиеся на стационарном лечении в детском ожоговом отделении УЗ «ГК БСМП» в период с 2016-2018 года по поводу ожогов II-III А-Б степеней, были получены данные о способах оперативного лечения соответствующей патологии. Полученные данные были обработаны в программе Microsoft Excel 2013.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты были разделены по полу и возрасту: мальчики 21(52,5%) пациент, девочки 19(47,5%) пациент. Возраст с 1-3 лет 21 (52,5%) пациент, с 4-9 лет -11 (27,5%) пациентов, с 10-17 лет 8(20,0%) пациентов. Все пациенты (40 человек) были экстренно прооперированы. При поступлении были выставлены следующие диагнозы по МКБ-10: Термические ожоги запястья и кисти были II-IIIА-Б у 9 пациентов (22,5%), площадь поражения составила S=1% у 9 пациентов (100%). Термические ожоги области плечевого пояса и верхней конечности II-IIIА-Б степени, исключая запястье и кисть были у 6 пациентов (15,0%), площадь поражения составила S=2% у 2 пациентов (40%), S=4% у 4 пациентов. Термические ожоги области голеностопного сустава и стопы II-IIIА-Б были у 2 пациентов (5%), площадь поражения составила S=1% у 1 пациента (50%), S=3% у 1 пациента (50%). Термические ожоги области тазобедренного сустава и нижней конечности, исключая голеностопный сустав и стопу II-IIIА-Б степени были у 1 пациента (2,5%) Площадь поражения S=7%. Термические ожоги нескольких областей тела с указанием хотя бы на один ожог IIIА-Б степени были у 22 пациентов(55%), площадь поражения составила S=3% у 4 пациентов (18,1%), S=5% у 1 пациента(4,5%), S=6% у 1 пациента (4,5%), S=7% у 1 пациента(4,5%), S=8% у 2 пациентов(9,0%), S=10% у 3 пациентов(13,6%), S=12% у 1 пациента(4,5%), S=15% у 3 пациентов(13,6%), S=18% у 1 пациента(4,5%), S=20% у 1 пациента (4,5%), S=32% у 3 пациентов(13,6%), S=35% у 1 пациента(4,5%). 8(20%) пациентам была выполнена кожная пластика полнослойным лоскутом, 32(80%) пациентам-кожная пластика расщепленным лоскутом. Отдаленные последствия в виде избыточного жирового слоя трансплантата при применении кожной пластики полнослойным лоскутом наблюдались у 8(20%) пациентов. У 32 (80%) пациентов при применении кожной пластики расщепленным лоскутом отдаленные последствия в виде рубцовой деформации составили 100 %.

Выводы.

- 1) Наибольшей травматизации подвергались дети в возрасте от 1-3 лет.
- 2) У 22(55,0%) пациентов травматизации подвергались несколько областей тела.
- 3) Применение различного рода кожных пластик в лечение ожоговых ран зависит от площади поражения, а также от локализации.
- 4) Отдаленные последствия зависят от вида трансплантата.