

Шелудько С. М., Сёмуха А. Р., Сухоцкий А. С.
ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ БИОТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОЖОГОВ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Глуткин А. В.

Кафедра детской хирургии

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Актуальность. На сегодняшний день важнейшим аспектом при термической травме является местное лечение ожоговых ран. В течение последних лет, продемонстрировано развитие биотехнологий в направлении эффективного заживления кожных покровов и минимизации последствий травм, ран и ожогов, которые приводят к нарушению функциональности кожных покровов.

Цель: оценить эффективность применения современных биотехнологий при лечении ожогов кожи у детей.

Материалы и методы. С 2017 г. по 2020 г. Проведено исследование на 48 пациентах в возрасте 1 [1; 3] года, которые поступали в отделение хирургии УЗ «ГОДКБ» с мозаичными ожогами преимущественно II-IIIА и небольшими участками IIIБ степени. Пациенты распределялись на 4 группы в зависимости от метода лечения: группа 1 (n=12) – «Коллост» (гель 7% 2 мл) + гидроколлоидные повязки; группа 2 (n=10) – «Коллост» (мембраны 60×50×1,5 мм) + гидроколлоидные повязки; группа 3 (n=10) – «Коллост» (порошок 2,0 г) + гидроколлоидные повязки; группа 4 (n=16) – гидроколлоидные повязки. Контрольные точки (оценка ожоговой раны): на 5-е, 9-е, 14-е сутки, 4-я неделя; через 1 и 6 месяцев после выписки. Для измерения площади ожоговой раны использовали приложение V2F, для оценки состояния раны использовали адаптированные шкалы Photographic Wound Assessment Tool, для оценки рубцовых изменений шкалы Vancouver Scar Scale (VSS). Для статистического анализа использовалась программа Statistica 10.0 (Statsoft Inc, US). Проведены расчеты относительного риска (ОР), снижения относительного риска (СОР), снижения абсолютного риска (САР), числа больных, которых надо лечить, чтобы предотвратить 1 неблагоприятный исход (ЧБНЛ).

Результаты и их обсуждение. На 5-е сутки площадь раневой поверхности составила: в группе 1 – 13,95 [9,88; 34,05] см², в группе 2 – 9,82 [5,13; 11,42] см², группе 3 – 15,8 [7,94; 48,8] см², группе 4 – 11,45 [2,35; 18,78] см². На 14-е сутки эпителизация наблюдалась в группе 1 у 10 человек, в группе 2 у 7 человек, а у 3-х человек остались единичные участки [1,21 [1,1;4,47] см²) с хорошей краевой эпителизацией, в группе 3 – эпителизация у 10 человек, в группе 4 – у 10 человек, у 6 человек сохранялась рана 3,3 [3,2; 3,8] см², и сохраняется до 28 суток у 4 человек. Через 1 месяц после эпителизации в 1-ой группе сумма баллов по шкале VSS составила 2 [2,0; 4,0] балла, во 2-ой – 1,5 [1,0; 4,0] балла, в 3-й – 2,0 [1,0; 2,0] балла, а в 4-ой – 3,0 [3,0; 5,0] балла, внутригрупповой достоверности не было получено. При сравнении между исследуемыми группами через 6 месяцев достоверной разницы не было получено среди групп, где использовался биоматериал, а при сравнении с контрольной группой: 7% гель (p<0,00002), мембрана (p<0,0003), порошок (p<0,0003). При сравнении показателей между 1-м и 6-м месяцем внутри групп, где использовался коллагеновый биоматериал, достоверной разницы не было получено (p>0,05), а в контрольной группе p<0,0004. В группах порошок и мембрана результаты оказались одинаковыми. Через 6 месяцев ОР составил в группе гель – 43%, порошок – 72%, мембрана – 83%. В группе мембрана необходимо пролечит 5,89 пациентов, в группе порошок 3,7 пациента, а в группе 7% гель – 1,8 пациента, что бы получить один положительный результат.

Выводы. Таким образом, применение современных биотехнологий позволяет совершенствовать методы консервативного лечения пострадавших от ожогов II-IIIА и небольшими участками IIIБ степени, ее адекватное закрытие биопластическим материалом, приводящее к сокращению сроков заживления раны и хороших отдаленных результатов лечения (благоприятное развитие рубцовой ткани).