

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОСКОПИЯ У ДЕТЕЙ С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА

Глуткин А.В., Шелудько С.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Гродно, Беларусь

glutkinalex@mail.ru

Термическая травма у детей занимает одно из лидирующих мест в детском травматизме. Основными методами местного лечения ожоговых ран являются закрытый и полукрытый метод. Хирургическое лечение направлено на более быстрое восстановление повреждений кожи. Однако при мозаичных ожогах с преобладанием поверхностных и небольших участков глубоких ожогов может использоваться биопластический материал. При его использовании отмечается эпителизация ран и хороший косметический результат.

Ключевые слова: дети; ожог; термическая травма; биопластический материал.

PECULIARITIES OF ORGANIZATION OF WORK AT THE SESSIONS OF THE RFL IN THE DIFFERENTIAL GROUP OF STUDENTS

Hlutkin A.V., Sheludko S.M.

Grodno State Medical University

Grodno, Belarus

Thermal trauma in children occupies one of the leading places in children's injuries. The main methods of local treatment of burn wounds are closed and semi-open method. Surgical treatment is aimed at faster recovery of skin damage. However, for mosaic burns with a predominance of superficial and small areas of deep burns, bioplastic material can be used. When using it, epithelization of wounds and a good cosmetic result are noted.

Keywords: children; burn; thermal trauma; bioplastic material.

Ожоговый травматизм в странах СНГ представляет одну из актуальных медико-социальных проблем в urgentной хирургии. За медицинской помощью ежегодно в Республике Беларусь более 35 тыс. человек с ожоговой травмой, а в России более 450 тыс. пострадавших. Около 20-30% из пострадавших являются дети в возрасте до 5 лет [1]. Наиболее часто дети имеют мозаичные поражения кожи и сочетают в себе эпидермальные и дермальные ожоги. Пограничные ожоги (дермальные) благодаря сохраненным неповрежденным дериватом кожи, могут способствовать восстановлению целостности кожи в течение трех недель, но наиболее частыми последствиями от их эпителизации являются диспигментация кожи, послеожоговые рубцы, особенно при сочетании с небольшими участками глубокого поражения кожи. Использование инновационных технологий в лечении ожогов позволяет достичь максимально лучших результатов.

Цель: провести анализ лечения термических ожогов кожи у детей на основе изучения историй болезней.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 850 историй болезней с термическими поражениями, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной детской клинической больнице в 2013-2020 гг.

Результаты. При поступлении ребенка с термической травмой в приемный покой выполняется оценка площади и глубины ожоговых поверхности. Дети с площадью поражения более 5-7% госпитализируются в отделение реанимации для проведения превентивной инфузионной терапии. При первичной перевязке осуществляется туалет ран, используется 0,9% раствор NaCl, удаляются обрывки эпидермиса и большие пузыри при их наличии, накладывается повязка с раствором фурацилина. Основными вариантами местного лечения ожоговых ран является закрытый и полукрытый метод, открытый метод используется только для лечения ожоговых ран головы и промежности, преимущественно при поверхностных ожогах. При закрытом методе лечения используются влажно-высыхающие повязки с растворами антисептиков (хлоргексидин, растворы на основе повидон-йод), раневые покрытия. В течение первых 3-х суток при закрытом методе лечения осуществляется ежедневные перевязки с растворами антисептика. На 4-е сутки при умеренной экссудации при ожогах II степени накладывается атравматическая повязка и поверх которой накладывается мазь (повид-йод, крем сульфадиазин серебра или 2% крем сульфатиозола серебра). Перевязка через 3 дня, затем еще раз через 3 дня, при снятии повязок отмечается эпителизация. При ожогах IIIА и IIIБ степени отмечается формирование струпа, который удаляется хирургическим путем либо с использованием 30% салициловой мази. После хирургического удаления струпа может выполняться одномоментная или отсроченная аутодермопластика, а при химической некрэктомии требуется подготовка раны к аутодермопластике. На сегодняшний день, в лечении ожогов наибольшую проблему составляют ожоги мозаичного характера IIIА и IIIБ степени. Разработан метод ведения мозаичных ожогов с использованием биопластического материала. В исследование включено 48 пациентов в возрасте 1 [1; 3] года, которые поступали в отделение хирургии Гродненской областной детской клинической больницы с мозаичными ожогами преимущественно II-IIIА и небольшими участками IIIБ степени по четырёхстепенной классификации, что соответствует II-III степени ожога по МКБ-10. На 5-6-е сутки от получения ожоговой травмы, после механической обработки раны до появления «кровянистой росы» и здоровых тканей, в дополнение к традиционному лечению использовались медицинские изделия на основе нативного коллагена «Коллост» в виде 7% геля 2 мл, мембран 60×50×1,5 мм, порошка 2,0 г. Всем пациентам для предотвращения высыхания коллагенового биоматериала поверх него накладывались гидроколлоидные повязки. Контрольную группу составили пациенты, ведение ожоговых ран которых осуществлялось в условиях влажной среды с использованием идентичных гидроколлоидных повязок без предварительного нанесения на рану биопластического материала. 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. Таким образом, на 14 сутки (3 визит) площадь ожоговой поверхности по отношению к 1-му визиту в 1-й, 2-й и 3-й группах сокращалась раневая поверхность в группе гель на 90,96% ($p < 0,05$), в группе порошок на 100% ($p < 0,05$), в группе мембрана – 63,44%, ($p < 0,05$). Достоверная разница получена в группе гель и порошок в сравнении результатов на 14-е сутки, ($p < 0,05$). При анализе группы биопластических материалов и стандартного лечения, выявлена полная эпителизация на 14-е сутки у 84,4% человек, а до 28 дня эпителизация отмечалась в 100% случаев, в группе контроля на 14-е сутки 56,25%, отсутствие эпителизации к 28 дню у 25% случаев. Так же в контрольной группе, 3-м пациентом понадобились дополнительные лекарственные средства: антисептики, мазевые повязки. Изменение общих баллов по адаптированной шкале Photographic Wound Assessment Tool по группам в динамике отмечалось уменьшение к окончанию исследования, но оставалось достоверно выше по отношению к группе стандартной терапии. За весь период исследования аллергических реакций не наблюдалось.

Таким образом, местное лечение термической травмы разнообразное и зависит от оснащений клиник. Наиболее часто используется закрытый метод лечения. Применение биопластического материала приводит к сокращению ожоговой раны и благоприятного течения рубцового процесса.

Список литературы

1. Глуткин, А.В. Термический ожог кожи у детей раннего возраста (опыт эксперимента и клиники) / А.В. Глуткин, В.И. Ковальчук. – Гродно : ГрГМУ, 2016. – 180 с.