

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕСТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МОЗАИЧНЫХ И ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Глуткин А.В., Бондаренко Н.А., Бушунова А.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно,
Беларусь*

Введение. Особое место в структуре ожоговой травмы занимает проблема лечения ожогов IIIA степени и так называемых пограничных ожогов, при которых в процесс некротизации вовлекается, кроме эпидермиса, частично и дерма. Однако, несмотря на способность к самостоятельной эпителизации за счет сохранившихся клеточных элементов дериватов кожи, процесс заживления занимает длительный период, является трудоемким, сопровождается формированием патологических рубцов, что приводит к значительному повышению инвалидизации пострадавших [Рузимурастов Д.А. и др., 2022]. Как показывает клиническая практика, изолированные ожоги IIIA степени встречаются редко у детей, а чаще ожоговая травма сопровождается обширным повреждением кожи с различными степенями по глубине. В основном они сопровождаются более глубокими повреждениями (так называемые «мозаичные ожоги»), которые обычно располагаются на сгибательных поверхностях и функционально активных областях конечностей. При подобных повреждениях происходит формирование ожогового струпа средней толщины, под которым может наступить самостоятельная эпителизация в течение 3–6 недель. Впоследствии происходит рубцовое перерождение эпителизовавшихся участков, приводящее к развитию контрактур [Салахиддинов К.З., Алексеев А.А., 2020].

Спорным остаются методы лечения ожоговых ран – сухой и влажный. Часть авторов отдает предпочтение высушиванию ожоговых ран с целью образования сухого некротического струпа коагуляционного характера, который реализуется открытым и повязочным (полуоткрытым) способом с применением медицинской марли. При лечении ожоговых ран перспективным в плане оптимизации репаративной регенерации является обеспечение их протекания во влажной среде. При этом предупреждается избыточное высыхание тканей и углубление некроза, что является важным с точки зрения профилактики рубцовых деформаций и контрактур

Поэтому современная проблема комбустиологии – это выбор оптимального местного подхода к лечению обожженных детей, имеющих мозаичные и глубокие ожоги кожи.

Цель. Провести анализ современных подходов к местному лечению мозаичных и глубоких ожогов кожи у детей на основе анализа собственных данных.

Материалы и методы. Проведено лечение 243 детей с термическими поражениями, находившихся на стационарном лечении в Гродненской областной детской клинической больнице за период 2018-2022 гг.

Результаты и обсуждение. Дети в 100% случаев получали термическую травму в быту. Из 243 детей, 70% госпитализировано в отделение экстренной хирургии, а 30% – отделение реанимации с признаками ожогового шока. По половой принадлежности мальчики (146 человек) подвержены ожоговому поражению были в 1,5 раза чаще, чем девочки (97 человек).

Наиболее частый термический агент воздействующим на кожу ребенка: горячая жидкость – 89,27%, пламенем – 5,8%, электроожог – 1,23%, контактный – 3,7%.

По возрасту медиана составила 17 [12; 36] месяцев, min – 1 мес., max – 204 мес.

По глубине ожоги представляли собой в 98% случаев мозаичное поражение. Преобладали по площади поражения и глубине поверхностные ожоги, а глубоких было около 30% и наиболее часто по площади встречались до 1,5-2%. Однако среди поверхностных ожогов отмечались ожоги IIIA степени (по МКБ 10 – 2 степень), которые требовали наиболее современных подход лечения и встречались более 60% случаев.

Местное лечение осуществлялось в 98% случаев закрытым способом, открытым методом ведения раны прибегали только на лице. Одной из проблем детской комбустиологии является верификация глубины поражения при поступлении, особенно IIIA степени, так как в течение первых 5 суток может происходить углубление раны. Учитывая данный факт, местное лечение направлено на предотвращение инфицирования раны и улучшения микроциркуляции. Наиболее востребованы медицинские изделия для лечения ожогов – это мазевые формы на основе серебра и раневые повязки. При ожогах IIIA степени на 2-3 сутки от момента травмы, выполнялась механическая дермabrasия салфеткой, до появления кровавой россы, затем укладывали повязку атравматическую, а сверху крема на основе серебра или гидроколоидные повязки на 2-3 суток. При повторной перевязки отмечалось восстановления сосудистой реакции, при ее отсутствии расценивали рану как глубокое повреждение. При глубоких ожогах тактика была персонализационная к каждому ребенку. При выявлении четкой границы глубокого ожога выполняли некрэктомию и одномоментную или отсроченную аутодермоплатику. При сомнительных случаях ввели рану под повязкой до созревания грануляций с последующей кожной пластикой. Разработан инновационным метод местного лечения ожогов IIIA-IIIБ степени с использованием биопластических коллагеновых материалов (7% гель, мембрана, порошок) (инструкция по применению утв. Министерством здравоохранения от 21.02.2023 №120-1122). Демонстрируем результат использования коллагена I типа в виде 7% геля. 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 7% гель 2 мл, который накладывался на рану. Всем пациентам для предотвращения высыхания коллагенового биоматериала поверх него

накладывались гидроколлоидные повязки. На 5-е сутки площадь раневой поверхности составила 18,88 [9,15; 38,9] см², 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] см² $p < 0,01$, на 14-е сутки эпителизация наблюдалась из 8 человек у 7, а у 1-го пациента площадь раны составила 1,24 см², 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.

Таким образом, проблема местного лечения пограничных и глубоких ожогов в настоящее время не теряет своей актуальности. Терапия поверхностных ожогов, как правило, не представляет трудностей, однако поиск средств, обеспечивающих комфортное и безболезненное лечение пациента, остается также важным аспектом развития комбустиологии. Дифференцированный подход к лечению термической травмы у детей является актуальной задачей и направлен на совершенствование тактики лечения и медицинской реабилитации, и осуществлять поиск биомаркеров прогнозирования течения репаративных процессов.

Выводы.

1. Наиболее частый возраст, подвергшийся получению термической травмы, является период раннего детства.
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.
4. Нерешенной проблемой является дифференцированный подход к лечению пациентов с пограничными и глубокими ожогами кожи, что требует исследования в данном вопросе.