

Г.З. Саидгалин, А.К. Штукатуров

К ВОПРОСУ О РАННЕМ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГЛУБОКИХ ОЖОГОВ

*Детская городская клиническая больница №9
г. Екатеринбург*

Аннотация

Проведен анализ ведения больных с дермальными ожогами в условиях специализированного отделения с учетом выбора метода ведения раны: консервативным и ранним оперативным восстановлением кожного покрова.

Ключевые слова: дети, ожоговая травма.

Прогноз исхода травмы, длительности лечения зависит от скорости и полноты восстановления поврежденного кожного покрова при глубоких ожогах кожи. Восстановление кожного покрова возможно только при полном очищении обожженной кожи от погибших ее слоев. Очищение возможно выполнить оперативным и консервативным путем.

Консервативное очищение происходит через фазу воспаления раневого процесса с нагноением раны, самостоятельным отторжением струпа и формированием гранулирующих ран. При выборе такого метода очищения ран сокращается объем одномоментной кровопотери, но значительно увеличивается срок эпителизации. Консервативное ведение раны увеличивает риск гнойно-септических и других осложнений, также увеличивается объем нутритивной поддержки, дорогостоящей антибактериальной и противогрибковой терапии.

При раннем оперативном лечении сокращается срок лечения больного, снижается риск различных осложнений, так как из течения ожоговой болезни исключаются стадии токсемии и септикотоксемии. Также увеличивается процент приживления лоскутов, улучшаются косметические и функциональные результаты аутодермопластики. Активным сторонником раннего оперативного лечения ожогов являлся профессор Атясов Н.И., который внедрил метод в Ожоговом центре Горьковского НИИТО в 1972 году. С того времени метод раннего иссечения ожогового струпа распространился по всем ожоговым отделениям страны.

Учитывая преимущества раннего оперативного восстановления кожных покровов, можно

было предположить, что этот метод станет основным в лечении глубоких ожогов. Но и консервативный метод очищения ран применяется до настоящего времени в большом объеме. Сохраняются вопросы по срокам выполнения некрэктомии, ее объеме, методах диагностики глубины поражения, способах закрытия послеоперационной раны, послеоперационного ведения пострадавшего. В литературе нет четких данных по снижению летальности у пострадавших с критическими ожогами выше 50%, которым выполнено раннее оперативное лечение.

Материалом для исследования явились результаты лечения детей, поступивших в ожоговое отделение ДГКБ №9 с 1993 по 2010 годы. Изучались группы детей с глубокими ожогами II-III аб. степени с площадью поражения свыше 40%, из которой дополнительно выделены дети с сверхкритическими ожогами с площадью поражения свыше 60%.

Таблица 1

Количество больных за отчетный период и общая летальность

	<i>Всего неотложных</i>	<i>Умерло</i>	<i>Летальность, %</i>
1993-2010 годы	6592	82	1,24
1993-2000 годы	2053	61	2,97
2001-2010 годы	4539	21	0,46

Подразделение на два периода выполнено с учетом изменения тактики лечения больных в начале 2000-х годов, с уходом от агрессивной ранней оперативной тактики и началом внедрения методики профилактики «вторичного углубления ожогов».

Всего госпитализировано 137 детей с дермальными ожогами свыше 40% тела, летальность в группе составила 37,2%. В этой группе раннему оперативному лечению подвергнуто 62 ребенка — 45,25%, и 75 детей лечились консервативно — 54,75%. В подгруппе оперированных в ранние сроки детей (n-62) умерли 25 (40,3%), и 37 (59,7%) детей выздоровели. В подгруппе детей, лечившихся консервативно (n-75), умерли 26-34,6%, выписались выздоровевшими 49-65,4%. Среди 51 умершего ребенка оперированных в ранние сроки было 25 детей — 49%, не оперированных 26 детей — 51%.

Распределение количества больных и исходов лечения по годам представлено на рисунках 1-3.

В группе обожженных детей с площадью поражения свыше 40% тела прогнозируемо высокая летальность. Несколько большее количество детей в подгруппе, пролеченных консервативно, объясняется наличием детей,

у которых произошла спонтанная эпителизация ожогов IIIа степени, а также детей, которым раннее оперативное лечение было противопоказано в связи с тяжестью состояния. В группе умерших детей оперированные в ранние сроки и пролеченные консервативно разделились поровну — 49% и 51% соответственно. В группе оперированных в ранние сроки детей летальность достоверно выше, чем в группе детей, пролеченных консервативно, почти на 6%. Раскладка по годам показывает снижение пострадавших с обширными ожогами в 2000-х годах. Нет четкой зависимости между общей летальностью и выбранным методом ведения раны. До 2000 года в отделении применялась агрессивная ранняя хирургическая тактика, оперировалось больше детей, поэтому коррелятивно более высокая летальность в группах раннего оперативного лечения. После 2000 года с переходом на более щадящую методику ведения ран детей оперировано меньше, возросла доля детей, пролеченных консер-

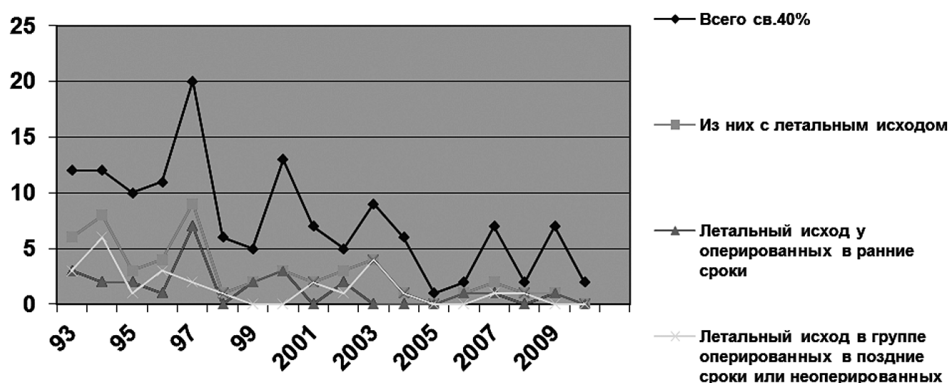


Рис. 1. Общее количество больных с ожогами свыше 40%, летальность в группе и по подгруппам по годам

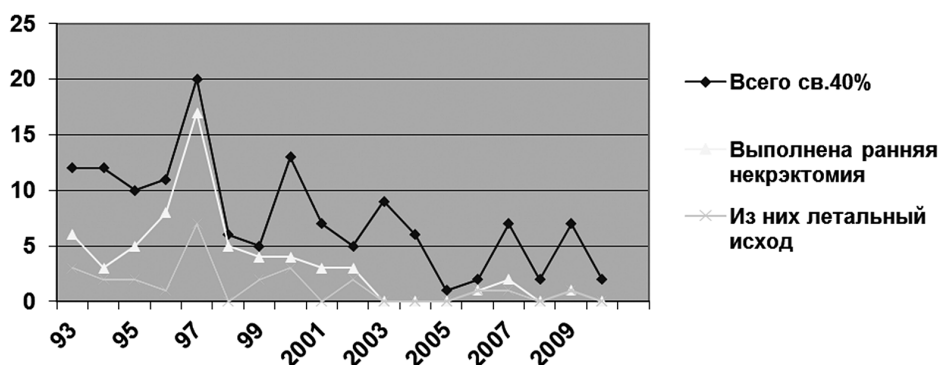


Рис. 2. Количество выполненных ранних некрэктомий в соотношении к общему количеству детей с ожогами свыше 40% и летальность в группе

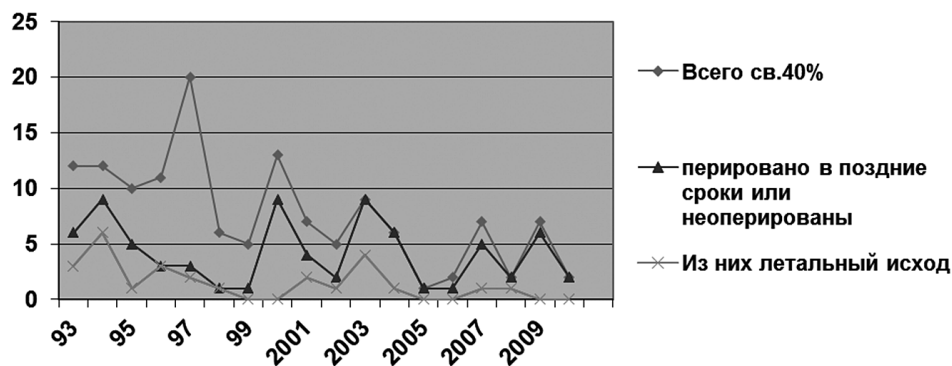


Рис. 3. Количество детей, пролеченных консервативно, в соотношении с общим количеством детей с ожогами выше 40% и летальность в группе

вативно, относительно возросло количество летальных исходов в этой подгруппе. Оценивая данные лечения в группе детей с дермальными ожогами свыше 40% тела, нельзя достоверно утверждать о влиянии того или иного метода на исход ожоговой болезни.

Из группы детей с ожогами свыше 40% тела мы выделили подгруппу с сверхкритическими ожогами II-III аб. степени ожогов площадью свыше 60%. Таких детей поступило в отделение 28, в подгруппе раннему оперативному лечению подвергнуто 11 детей — 39,28%, 17 детей пролечено консервативно — 60,72%. Летальность в подгруппе составила 64,29%. Всего умерло 18 детей, среди них оперировано 9-50%, пролечено консервативно 9 детей — 50%. Среди 11 детей, подвергнутых раннему оперативному лечению, умерло 9-81,8%, выжили 2-18,2%. Среди 17 детей, пролеченных консервативно, умерли 9-53%, выздоровели 8 детей — 47%. Оценивая данные лечения детей в подгруппе с сверхкритическими ожогами, достоверно лучшие результаты

получены среди детей, которым выполнялось консервативное ведение раны и отсроченное оперативное вмешательство.

Выводы:

1. При выборе метода лечения детей с дермальными ожогами свыше 40% нельзя утверждать о преимуществе консервативного метода ведения раны перед ранним оперативным восстановлением кожного покрова.

2. При выборе метода ведения раны у пострадавших с сверхкритическими дермальными ожогами площадью свыше 60% тела консервативное ведение в настоящее время является предпочтительным.

3. Выбор метода ведения раны должен учитывать все необходимые условия — состояние больного, наличие донорских ресурсов, наличие раневых покрытий для укрытия операционной раны и донорских участков, наличие необходимой аппаратуры для диагностики глубины поражения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аминев В.А., Соколов Р.А., Кислицын П.В., Алейник Д.Я. «Активная хирургическая тактика при лечении глубоких ожогов у детей». Нижегородский мед. журнал. — 2004. — С. 221-222.
2. Атясов Н.И. «Фазность раневого процесса при глубоких ожогах, как отражение реакции организма». Мат-лы междунар-ной конф-ции «Интенсивное лечение тяжелообожженных». Москва, 1992. — С. 134-135.
3. Будкевич Л.И. Автореферат докторской диссертации «Современные методы лечения детей с тяжелой термической травмой». Москва, 1998.
4. Булетова А.А., Будкевич Л.И. и соавт. «Ранняя некрэктомия у детей с термической травмой». Мат-лы междунар-ной конференции «Интенсивное лечение тяжелообожженных». Москва, 1992. — С. 123-124.
5. Дубкова С.Б. «Совокупный анализ ошибок в процессе лечения ожоговых больных. Причины летальности и меры по их преодолению». Материалы IV съезда комбустиологов России. Москва. 2013 год. — С. 19-21.
6. Коваленко О.Н. «Программы хирургического лечения детей с обширными ожогами и влияние их на течение ожоговой болезни». Материалы IV съезда комбустиологов России. Москва. 2013 год. — С. 139-140.
7. Парамонов Б.А. Автореферат докторской дис-ции «Современные методы и перспективы развития методов восстановления кожного покрова у тяжелообожженных». С.-Петербург, 1997.

П. В. Салистый, А. К. Штукатуров, В. С. Бикташев, В. Б. Москвин

ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ПОРАЖЕНИЙ КИСТИ У ДЕТЕЙ

*Детская городская клиническая больница №9
г. Екатеринбург*

Аннотация

В статье исследуются результаты лечения детей с глубокими поражениями кисти, различные методы оперативного лечения, принятых к выполнению в детском ожоговом отделении ДГКБ №9.

Ключевые слова: ожоговая травма, электроожоги, ранняя некрэктомия, кожная пластика.

Выделение травмы кисти в отдельную нозологическую форму говорит о значимости проблемы. Особенно остро она стоит у детей. Формирующейся личности важен аспект познания мира, поэтому поражения кисти у детей стоят на первом месте среди всех повреждений конечностей. Наибольшую проблему представляет поражение электрическим током. Значительная глубина повреждения, поражение на «расстоянии», связанное с тромбированием сосудов вне зоны повреждения, требует от хирурга тщательного выбора оперативной тактики.

Целью исследования явилось обоснование ранней некрэктомии с одномоментной пластикой несвободным кожным лоскутом при глубоких (III Б — IV ст.), ограниченных поражениях кисти электрическим током у детей.

Нами был проведен ретроспективный анализ 54 случаев ожогов кисти электрическим током. Возраст пациентов — от 2 до 14 лет, находившихся на лечении в ожоговом отделении в период с 1999 по 2014 годы. Площадь поражения составляла от 0,5% до 2,5% (повреждение двустороннее). Сроки поступления в стационар — от 1 часа до 2 суток. Всем больным этой группы выполнялась операция некрэктомии с одномоментной пластикой лоскутом на питающей ножке.

После иссечения струпа, в первые 72 часа после травмы, визуально оценивалась глубина поражения, полнота иссечения зоны некроза, качество гемостаза.

Формировался лоскут соответствующих размеров в паховой области, кисть подшивалась, конечность надежно фиксировалась. Контроль жизнеспособности тканей кисти осуществлялся ежедневно в течение первых

4 суток, затем — через 1-2 дня. Оценка кровотока в лоскуте производилась пальпаторно (по времени исчезновения пятна). С 7-10 суток (при отсутствии осложнений) начинали пробу — пережатие с одной и с двух сторон.

Операция по пересечению питающих ножек осуществлялась на 14-17 сутки.

В 3 случаях при поражении током внутренних поверхностей пальцев и ладонной поверхности производили сшивание последних между собой, с последующим подшиванием к питающему лоскуту. На второй операции одномоментно формировали межпальцевые промежутки. Средний срок пребывания на койке составил 26 суток. Во всех случаях не диагностированы осложнения в виде прогрессирования некротического процесса, инфицирования ран, не выполнялись ампутации или резекции костей.

В катанезе всем больным, в сроке от 6 мес. до 1,5 лет, выполнены операции по обезжириванию лоскутов. У двоих пациентов с локализацией ожогов в области дистальных межфаланговых суставов сформировались анкилозы, связанные с повреждением зон роста и суставных поверхностей. Ни в одном случае не проводились операции по устранению контрактур, сформировавшихся в процессе роста. Все пациенты отметили хороший косметический и функциональный результат.

Исходя из нашего опыта, можно рекомендовать ранние некрэктомии с одномоментной пластикой несвободным кожным лоскутом при глубоких поражениях электрическим током у детей как метод, позволяющий предотвратить прогрессирование некрозов, имеющий небольшое количество осложнений, имеющий хорошие косметические и функциональные результаты в отдаленном периоде.