

покрытия требовались лишь при сильном загрязнении, в остальных случаях покрытие оставалось на ране до полной эпителизации. Это значительно уменьшило травматизацию аутолоскутов, повысило их приживляемость.

Сроки восстановления кожного покрова в основной группе составили 10-12 суток, частичный лизис при отсроченной пластике был у одного больного. В контрольной группе частичный лизис отмечен у 3 пациентов, что в одном случае потребовало повторного вмешательства. Полное восстановление кожного покрова у этих детей закончилось к 14-20 суткам. Аллергических реакций на применение препарата не было.

Таким образом, раневое покрытие «воскопран» с различными добавками имеет возможности широкого применения в различных стадиях раневого процесса, несомненные преимущества в уменьшении кратности, травматичности и болезненности перевязок, что достоверно сокращает сроки лечения.

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

Салистый П.В., Штукатуров А.К.

Городская детская клиническая больница №9

В комбустиологической практике восстановительное лечение является настолько же важной задачей, как и противошоковая терапия для реаниматолога. Ежегодно около 1000 детей становятся инвалидами после перенесенной термической травмы. Эта статистика не является точной, т.к. открывает лишь тех, кто зарегистрирован органами социальной опеки. Объективное количество детей, требующих реабилитации, неизвестно, так как система реабилитации в современной медицине развита недостаточно согласно отчетам главного комбустиолога России.

Тем не менее, понимая важность проблемы постстационарной терапии, в ЕДОЦ на базе ДГКБ № 9 сформирована такая схема. Она далека от совершенства, но ее принимают на вооружение многие стационары. Схематично ее можно представить следующим образом:

Начало реабилитации – приемный покой, когда специалист диагностирует площадь поражения и составляет план лечения.

Основные мероприятия:

1. Устранение системной гипоксии, гиповолемии (ИВЛ, сосудистая терапия, инотропная поддержка, ИТТ).

2. Устранение локальной гипоксии (мази с антикоагулянтами, антигипоксантами, противовоспалительные препараты).
3. Борьба с воспалением, инфицированием (антибактериальная, дезинтоксикационная, антицитоклиновая терапия).
4. Иммобилизация пораженного сегмента.
5. Своевременная, оправданная и правильно проведенная операция.
6. Информированность родителей: легко получить травму, тяжело и долго ее лечить, еще труднее вернуть пострадавшего к нормальной жизни. После неотложного этапа начинается кропотливый и долгий этап восстановления.

В своем арсенале комбустиолог имеет крема и мази, применяемые с целью внешнего воздействия на рубцы. Они обеспечивают противовоспалительное действие, способствуют смягчению и побледнению рубца (уменьшение общего количества соединительнотканых волокон, перевод их мембраны из состояния геля в золь, улучшение условий газообмена в рубцовой ткани). Местное применение гормональных препаратов обеспечивает максимальное противовоспалительное, противозудное действие, стимулирует функцию макрофагов, интерлейкинов, фибробластов, при минимальном общем воздействии на организм.

Физиотерапевтические методики являются неотъемлемой частью восстановительного лечения. Ультразвук, СМТ, МЛТ, электрофорез применяются давно, единственное, что изменилось в электролечении это - добавки препаратов. Мы отказались от лидазы как от препарата, не оказывающего должного воздействия на формирующуюся рубцовую ткань. Предпочтение отдается гормональным препаратам, контрактубексу, прямым антикоагулянтам, улучшению микроциркуляции и газообмена. Для системного воздействия на рубцы используется купренил. Этот препарат разрушает связи между волокнами рубца.

Компрессионная одежда, эластичное бинтование воздействуют на процессы формирования рубца: волокна выстраиваются строго параллельно друг другу, осуществляется пассивная иммобилизация, активируется неовасогенез, улучшаются условия для воздействия мазей, купренила.

Схема консервативной реабилитации завершается санаторно-курортным лечением. У 25 детей, находившихся на лечении в ЕДОЦ, проведено восстановительное лечение в санатории г. Сочи. Результаты от применения грязелечения, радоновых, минеральных, сероводородных ванн являются уникальными по своим косметическим и функциональным последствиям.

Консервативная реабилитация занимает около 8-10 месяцев, после чего начинается реабилитация хирургическая. В условиях отделения осуществляются все виды оперативных вмешательств, лоскутные пластики в различных модификациях, пластики местными тканями. Широко используется экспандерная дерматензия, для замещения дефектов полноценным кожным покровом. Единственным неосвоенным видом операций остается пересадка комплексов тканей на микрососудистых анастомозах.

Внедрение представленной схемы реабилитации, главным образом, раннее ее начало, позволило снизить количество повторных вмешательств у одного больного, уменьшить общее количество операций по поводу контрактур и рубцовых стяжений. Все больше выполняется дермабразий с целью устранения косметических последствий ожога.

Применение ранней реабилитации позволило снизить общее количество операций (со 104 до 82 в год), в ряде случаев косметический и функциональный результат полностью удовлетворил больного и родителей.

Сложность в реализации подобной схемы заключается в трудности ее воспроизведения в условиях районных клиник:

- невозможность проведения физиолечения в ряде населенных пунктов (нет оборудования, специалистов, плохая подготовленность),
- отсутствие санаторно-курортного лечения, полное отсутствие реабилитологов.

Таким образом, в настоящее время – детский ожоговый центр в г. Екатеринбурге – единственный центр в Свердловской области, способный оказать специализированную комбустиологическую помощь детям от момента получения термической травмы до полного выздоровления, а система реабилитации, принятая в нем, позволила снизить инвалидность у детей с термической травмой с 16% до 3,5%.

МЕСТНАЯ КОРТИКОСТЕРОИДНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ.

Сайдгалин Г.З., Салистый П.В., Марковская О.В., Штукатуров А.К.

Детский ожоговый центр ГДКБ №9. Екатеринбург

Современное состояние комбустиологии ставит перед специалистами, занимающимися реабилитацией обожженных, задачи эстетического восстановления пораженного кожного покрова. Известно, что в большей доле случаев дермальных и субдермальных ожогов развиваются рубцовые изменения кожи. Гипертрофические и келоидные рубцы могут быть описаны как разновидности обычного заживления раны. В