

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

типичной ране спустя 6-8 недель после повреждения, устанавливается равновесие между анаболическими и катаболическими процессами. Когда появляется несоответствие между ними, большее количество коллагена производится, чем деградирует, рубец имеет тенденцию к росту во всех направлениях. Он поднят выше уровня кожи и остается гиперемированным длительное время. Такая, чрезмерно выраженная рубцовая ткань, классифицируется как keloid или гипертрофический рубец.

Келоидные и гипертрофические рубцы отличаются от здоровой кожи богатой сосудистой сетью, высокой плотностью мезенхимальных клеток и утолщенным эпидермальным слоем. Попытки разделить келоидные и гипертрофические рубцы на ранних этапах их формирования оказались трудны. Клинические различия становятся более значимы при их дальнейшем развитии.

Внутрирубцовое введение стероидов остается одним из основных видов лечения. Установлено, что кортикостероиды уменьшают образование грубых рубцов посредством уменьшения синтеза коллагена, глюкозаминогликанов, медиаторов воспаления и пролиферации фибробластов в процессе заживления раны. Наиболее часто используемый кортикостероид - триамсинолона ацетат (ТАС) в концентрации 10-40 мг/мл, назначаемый в зону повреждения посредством введения иглой с интервалом 4-6 недель. Значительным недостатком данного метода для применения в детском возрасте является болезненность процедуры, требующая при каждом введении проведения наркоза.

С появлением на фармацевтическом рынке местных кортикостероидных препаратов нового поколения появилась широкая возможность для системной местной профилактики рубцовых послеожоговых деформации кожи. Одним из препаратов нового поколения является «Афлодерм» (компания «Белупо», Хорватия), данный препарат отвечает требованиям педиатрической дерматологии: по критериям «эффективность и безопасность». В состав препарата входит нефторированный кортикостероид – алкометазона дипропионат, обладающий умеренной активностью при применении на коже.

Клинические исследования препарата начаты в детском ожоговом отделении ДГКБ №9 в июне 2004 года. Для лечения использовали «Афлодерм» в виде крема. Препарат использовали как при открытом, так и при закрытом ведении ожоговых ран у пострадавших с дермальными и субдермальными ожогами. При открытом ведении крем использовали при локализации ожогов на лице с 5-6 суток после травмы, в период выраженных воспалительных изменений в ране, нанося крем тонким слоем на сформированный струп и эпителизируемые ожоговые поверхности.

Апликации крема продолжались во все фазы раневого процесса, включая формирование рубцовой ткани. При закрытом методе лечения крем наносился на салфетки в комбинациях с другими препаратами при выраженном зуде, необходимости «осаждения» грануляций. После эпителизации ран апликации крема продолжались на участки угрожаемые по формированию рубцов. Апликации производились один раз в сутки во второй половине дня в комбинации с аппликациями противорубцового геля «Контрактубекс». За период с июня по ноябрь 2004 года «Афлодерм» использован у 30 детей с ожогами различной глубины и площади. Все дети взяты на диспансерный учет.

Эффективность наружного применения крема «Афлодерм» в профилактике рубцовых изменений кожи после ожогов отмечена у всех пролеченных детей.

В острый период мы отметили:

- снижение отеков при локализации ожогов на лице на 2-3 сутки после начала применения;

- минимизацию воспалительных явлений;
- значительное снижение выраженности зуда.

В диспансерной группе детей:

- ускорение купирования воспаления в зоне формирующегося рубца (купирование болевых реакций, быстрое купирование гиперемии, снижение зуда);
- ускорение созревания рубца.

Вывод: первый опыт использования крема «Афлодерм» для профилактики рубцовых изменений кожи после ожогов показал эффективность и перспективность данного препарата.

ПРИОРИТЕТЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ФАЗЫ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

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

Детский ожоговый центр ГДКБ №9. Екатеринбург. Россия.

Гипоксия обожженных тканей в зоне паранекроза является основным пусковым фактором вторичной, индуцированной первичным поражением альтерации. Локальная гипоксия многофакторна и является следствием целого каскада процессов:

- нарушение кровоснабжения в зоне паранекроза – циркуляторный компонент,
- разрушение значительной части эритроцитов и возникающая в последствии анемия – гемический компонент
- снижение дыхательного объема – легочный компонент
- снижение ударного объема сердца – сердечный компонент.