

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

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОЖГОВУЮ ТРАВМУ

*Детская городская клиническая больница № 9
г. Екатеринбург*

Аннотация

В статье исследуются результаты лечения детей с послеожоговыми деформациями, принятые к выполнению в детском ожоговом отделении ДГКБ № 9.

Ключевые слова: дети, ожоговая травма, послеожоговые рубцы и деформации.

Проблема лечения детей с термической травмой до настоящего времени актуальна. Этот вид травм характеризуется высокой частотой встречаемости (до 20% всех травм детского возраста), тяжестью течения ожоговой болезни с развитием полиорганной дисфункции, гнойно-септических осложнений и, как следствие, высокой летальностью. Достигнутые успехи в спасении пациентов с критическими и сверхкритическими ожогами определили потребность поиска новых, эффективных способов восстановления кожного покрова, достижения максимально позитивного косметического результата и поиска путей улучшения качества жизни пострадавших.

Лечение глубоких ожоговых ран всегда сопряжено с повышенным риском возникновения патологических рубцов. По данным разных авторов, грубые рубцы наблюдаются у 30-67% лиц, перенесших ожоговую травму. Патологическое рубцевание приводит к развитию у больных функциональных и косметических нарушений, вызывает тяжелые психологические последствия. Вместе с тем, эффективность существующих методов профилактики и лечения патологических рубцов остается недостаточной. Рубцовые контрактуры и стяжения, вызывающие нарушения формы и функции пораженного сегмента, являются причиной избыточного разрастания рубцовой ткани. Наиболее тяжелые рубцовые деформации связаны с неправильным или неадекватным лечением в острой фазе ожога. Однако даже правильное и успешное хирургическое лечение, направленное на предупреждение и значительное уменьшение тяжести рубцовых деформаций, не может полностью предотвратить развитие необратимых изменений.

Совокупность указанных факторов определяет необходимость разработки более совершенных алгоритмов профилактики и лечения грубых послеожоговых рубцов.

Система реабилитации детей с термической травмой, принятая в нашем ожоговом центре, предусматривает следующие принципы: раннее (с момента поступления в специализированный стационар) начало; комплексное лечение ожоговой болезни, включая позиционирование в остром периоде травмы; патогенетически обоснованная консервативная терапия раннего восстановительного периода; диспансеризация в условиях центра; своевременная и адекватная хирургическая коррекция.

Благодаря сформированной системе оказания помощи детям с термической травмой пострадавшие из всех районов области доставляются в Центр в течение первых суток. Это определяет своевременное начало качественной терапии, позволяет выполнить раннее иссечение струпа в первые трое суток, предотвращает или сводит к минимуму течение ожоговой болезни, снижает число осложнений и летальность. Изменение технологии местного консервативного лечения позволило предотвратить «вторичное углубление ожоговой раны» и в большинстве случаев избежать необходимости пластического замещения раневого дефекта у детей с поверхностными и дермальными ожогами.

Совершенствование техники оперативного лечения позволило улучшить функциональные и косметические результаты лечения острой термической травмы. Все дети, перенесшие глубокие и обширные по площади ожоги, берутся на диспансерный учет, наблюдаются врачами-комбустиологами в поликлинике

ДГКБ №9, при необходимости госпитализируются для этапной реабилитации, направляются на санаторно-курортное лечение. В конце 2014 года на диспансерном учете в детском ожоговом центре состояло 195 детей с последствиями термической травмы.

В консервативном лечении рубцовых деформаций используется компрессионная одежда. Механизм действия компрессионной терапии сводится к следующему: сдавливание препятствует увеличению сетки капилляров в развивающейся рубцовой ткани, что увеличивает лимфоотток, способствует более линейному расположению коллагеновых волокон параллельно поверхности кожи, сводит к минимуму количество мукополисахаридов (а следовательно, узелков рубцовой ткани), защищает нежную кожу после ожога, уменьшает зуд, ощущение пульсации, гиперстезии. Сочетание постоянной компрессии рубца с аппликациями противорубцовых гелей («Контрактубекс», гелево-силиконовое покрытие «Эластодерм», «Ферменкол», «Камелокс») позволяют считать ее самым высокоэффективным методом при профилактике и лечении детей с последствиями термической травмы. Результаты использования физиотерапевтических процедур (фонофорез, СМТ, магнитолазер, поляризованный свет) в комплексе консервативного лечения также вносят позитивные изменения в процесс созревания рубцов, предшествуют хирургической коррекции, позволяют выполнить ее в более ранние сроки и сводят к минимуму объем вмешательства. Применение кортикостероидов, как в форме мазей, так и в инъекционной форме, непосредственно в рубцово-измененные ткани позволяет уменьшить воспалительные явления в тканях, ускорить созревание рубца.

Сроки оперативного вмешательства при наличии рубцовых деформаций определяются состоянием рубцов, тяжестью деформации и общим состоянием больного, перенесшего глубокий ожог. Хирургическое вмешательство не показано в период активной фазы рубцевания, когда рубцовая ткань избыточно снабжена сосудами. В этот период операционная травма связана со значительной кровопотерей и может стать толчком для дополнительного бурного развития незрелой соединительной ткани.

В хирургическом лечении последствий термической травмы, посттравматических дефектов и обширных пигментных невусов нами широко используются латексные эндоэкспандеры, традиционные виды оперативных вмешательств (комбинированная кожная пластика, пластика перемещенными кожными лоскутами, лоскутами с осевым кровоснабжением). Внедрены операции пластики бровей по методике «Реал-трансхайер».

Психологическая реабилитация детей, перенесших термическую травму, — важнейший раздел восстановительного лечения, объединяющий врачей различных специальностей, социальных работников, педагогов и родителей. В последние два года диспансерный прием в поликлинике совместно осуществляют комбустиолог и детский невролог, обеспечивая преемственность стационарного и амбулаторного этапов реабилитации.

Сформированная система реабилитации детей с последствиями термической травмы показала свою эффективность снижением уровня первичной инвалидности до 1,98% в 2014 году. Благодаря внедрению комплекса консервативного лечения в 1,5 раза сократилось количество неотложных оперативных вмешательств с целью восстановления кожного покрова.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алексеев А. А. «Актуальные вопросы организации и состояние медицинской помощи пострадавшим от ожогов в Российской Федерации». Материалы II съезда комбустиологов России. — М., 2008. — С. 3-4.
2. 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.
3. Афоничев К. А., Баиндурашвили А. Г., Алимбиева С. Н., Цветаев Е. В., Бразоль М. А. «Замещение дефектов тканей конечностей лоскутами с осевым кровоснабжением». Материалы II съезда комбустиологов России. Москва. 2008 год. С. 143-144.
4. Баиндурашвили А. Г., Афоничев К. А., Филипова О. В. «Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых деформаций у детей» Материалы IV съезда комбустиологов России. Москва. 2013 год. С. 156-157.
5. Тимофеев А. А. Рубцы: особенности клинического течения и лечения/МедЭксперт, электронная версия, № 1, 2010.

6. Герасимова Л.И. Применение светотерапии «Биоптрон» в лечении ожоговых ран // Материалы научно-практ. конф. «Новые направления в использовании светотерапии «Биоптрон». — Москва, Екатеринбург, 2003. — С. 15-17.
7. Карпова Т.Н. Электро- и ультрафонофорез Ферменкола в коррекции рубцов кожи/Автореф. Дисс...к. м. н., 28 с. — СПб, 2009.
8. Львова О. А., Буторина С.В., Штукатуров А.К. К клинико-психологической характеристике течения ожоговой энцефалопатии у детей // Актуальные вопросы психиатрии, психотерапии и психологии детей раннего возраста: Материалы научно-практической конференции/Под ред. д. м. н. Е. В. Малининой. — Челябинск: Изд-во «Пирс», 2009. — С. 27-29.
9. Львова О. А. Ожоговая энцефалопатия — современные подходы к диагностике и лечению. // Избранные лекции по неврологии детского возраста. Под ред. д. м. н., проф. О.П. Ковтун, к. м. н. О.А. Львовой. Екатеринбург: УГМА, 2009. — С. 184-193.
10. Колмаков П. В. Мельник Послеожоговые рубцы и их коррекция/Журнал «Врач-аспирант», Электронная версия, 2010.
11. Ожоги у детей. John Remensnyder. Перевод: Елена Тимакина, 146 с.
12. Ожоги. Б. А. Парамонов. СПб, 2000.
13. Ожоги у детей Х. Ф. Карваял, Д. Х. Паркс М., Медицина, 1990.
14. Островский Н. В., Беянина И. Б., Якунин Г.С. Выбор сроков и методов устранения послеожоговых рубцовых деформаций у детей //Проблемы термической травмы у детей и подростков: материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 10-летию ожогового центра ДГКБ №9. Под ред. Проф. А. А. Алексеева. Екатеринбург, 2003. — С. 140-142.
15. Салистый П. В., Штукатуров А.К., Саидгалин Г.З., Москвин В.Б. «Хирургия глубоких поражений кисти при электротравме у детей». Материалы четвертой региональной конференции хирургов кисти Урала. Екатеринбург. 2015 год.
16. Сарыгин П. В., Юденич А. А., Ваганова Н. А., Выбор метода пластики при послеожоговых рубцовых деформациях лица // Актуальные проблемы термической травмы: Материалы международной конференции, посвященной 70-летию НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и 55-летию ожогового центра./Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе СПб., 2002. — С. 451-452.
17. Шурова Л. В., Будкевич Л. И., Корсунский А. А., Алексеев А. А. «Применение лекарственного электрофореза у детей с послеожоговыми рубцами кожи». Учебно-методическое пособие. Москва, 2015.
18. Фисталь Н.Н. Влияние раннего хирургического лечения на возникновение рубцов у детей с ожогами/Анналы хирургии, №2, 2009.
19. Dedovic Z. et al. Time trends in incidence of hypertrophic scarring in children treated for burns. Acta Chir Plast, 1999, vol. 41. P. 87-90.
20. Oliveira G. V. et al. Objective assessment of burn scar vascularity, erythema, pliability, thickness, and planimetry. Dermatol Surg, 2005, vol. 31. P. 48-58.
21. Bombar, K. M. et al. What is the prevalence of hypertrophic scarring following burns? Burns, 2003, vol. 29. P. 299-302.
22. Hamaanova H., Broz L. Influence of inadequate prehospital and primary hospital treatment on the maturation of scars after thermal injuries. Acta Chir Plast, 2003, vol. 45. P. 18-21.
23. Hersch S.J. The early management of the burn wound and observations on hypertrophic scarring. With special reference to the deep dermal level and hypertrophic scarring. S Afr J Surg, 1994, vol. 32. P. 1-4.
24. Sullivan T., Smith J. et al. Rating the burn scar. J Burn Care Rehabil. 1990; 11: 256-260

Ю. Д. Эйсмонт

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА

*Детская городская клиническая больница №9
г. Екатеринбург*

Аннотация

Этиология желчнокаменной болезни обусловлена наследственным фактором, недоношенностью, длительным парентеральным питанием. В 65% случаях представлено бессимптомное течение заболевания. УЗИ органов брюшной полости является основным методом визуализации конкрементов в желчном пузыре на этапе скрининг-диагностики и оценки в динамике.

Ключевые слова: холелитиаз, дети, ранний возраст.

Среди заболеваний пищеварительной системы удельный вес желчнокаменной болезни (ЖКБ) у детей составляет более 1%. Последние 10 лет характеризуются не только ростом частоты этой патологии в десять раз, но и явным ее омоложением [1, 3, 5]. Все чаще холелитиаз диагностируют у детей первых 3-х лет жизни [1, 2], отдельного внимания заслуживают случаи у детей грудного возраста и новорожденных [2, 5]. ЖКБ на сегодняшний день рассматривают как болезнь печени, для которой характерно наличие дефекта в механизме синтеза или переноса липидов желчи с формированием конкрементов в желчном пузыре и/или желчных протоках [3, 4, 5]. Приоритетным методом лечения холелитиаза у детей любого возраста является лапароскопическая холецистэктомия [2]. Учитывая многогранность этиологической структуры ЖКБ, в нашей работе будут обозначены причины образования камней желчного пузыря у детей до 1 года.

Этиология ЖКБ детей до 1 года:

- недоношенность — в отечественной и зарубежной литературе фигурируют сроки гестации 28-32 нед.;
- наследственная принадлежность (HLA B12, HLA B18, HLA A9, HLA A11, HLA A26, HLA Cw³, HLA Cw4); только при наследовании HLA B12 риск развития ЖКБ составляет 30%, при наличии HLA B18-40%, в случае сочетания двух антигенов у одного ребенка риск развития заболевания увеличивается до 70%;
- длительное парентеральное питание;

- ИВЛ;
- антибактериальная терапия (цефалоспорины III-IV поколения);
- диуретики (фуросемид);
- заболевания (состояния), сопровождаемые длительным гемолизом;
- врожденные аномалии желчевыводящих путей;
- муковисцидоз.

В качестве дополнительных факторов обсуждаются:

- ранний перевод детей на искусственное вскармливание;
- УЗИ плода в рамках антенатальной диагностики и УЗИ органов брюшной полости в первые месяцы жизни.

Камни, образующиеся в желчном пузыре, подразделяются на холестериновые, пигментные и смешанные. Для детей первого года жизни характерно формирование билирубиновых камней. Камни преимущественно образуются в желчном пузыре вследствие повышения концентрации в нем билирубината кальция. Это происходит в результате гидролиза эндогенной β-глюкуронидазой несвязанного билирубина, причинами которого являются внутрисосудистый гемолиз и внутripеченочная циркуляция билирубина (при болезни Крона, фиброзе желчного пузыря и др.).

Более половины случаев ЖКБ у детей (до 65%) приходится на бессимптомное течение, так называемые «молчащие камни», которые случайно диагностируются на УЗИ. В случае бессимптомного течения ЖКБ у новорожденных и детей раннего возраста рекомендуется динамическое наблюдение с периодиче-