

поверхности правой голени, отмечались эрозии с отслоением эпителия до 0,5-1 см в области пальцев, кистей, локтевых суставов, в области губ. На участках кожи, закрытых донорскими трансплантатами эрозий эпителия не отмечалось. На тех участках, где закрытие ран произошло за счет собственных ресурсов краевой эпителизации периодически проявления буллёзного эпидермолиза.

Ребенок получал следующее медикаментозное лечение:

А/Б терапия: амклав, амикацин, цефосульбин, ванкомицин, флуконазол, сультасин. Анальгезирующая терапия – фентанил. Антигеморрагическая и транс фузионная терапия – фитоменадион, этамзилат, СЗП. Инфузионная терапия – ГСР, инфезол, альбумин. Симптоматическая терапия – ведение раны во влажной среде с ежедневными консультациями комбустиолога, перевязки с раневыми покрытиями и растворами антисептиков, биовен.

Выводы. Сочетание врожденной аплазии кожи с буллезным эпидермолизом является редким клиническим вариантом, диагностика и лечение данной патологии у новорожденных – проблема в детской хирургии и дерматологии. Окончательно не установлены показания к оперативному лечению, не определены сроки вмешательства и тактика. Используемая нами методика активного (хирургического) лечения приводит к раннему закрытию дефектов кожи, снижает вероятность развития гнойно-септических осложнений и позволяет добиться более функционального и косметического эффекта.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАТИВНОГО КОЛЛАГЕНА I ТИПА В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВЫХ РАН У ДЕТЕЙ

Глуткин А. В.

Гродненский государственный медицинский университет,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Ожоговая травма в современных условиях остается одной из актуальных и социально-важных проблем в структуре детского травматизма и относится к категории

наиболее тяжелых повреждений. Согласно данным Американской ассоциации ожогов, в США ежегодно фиксируется более 450 000 случаев ожоговой травмы у детей в год и примерно в 40 000 этих случаев требуется госпитализация. По данным ВОЗ, в мире от ожогов ежегодно умирает более 265 000 человек. Основной причиной ожога как в США, так и в странах Европы и в Республике Беларусь является открытое пламя и горячая жидкость. Приблизительно 85% всех ожогов происходит в домашних условиях и наиболее частая возрастная группа детей, подверженных воздействию термических агентов, являются дети в возрасте до трех лет. Правильная эпителизация ожоговых поверхностей требует наличия коллагенового слоя, выполняющего роль матрицы для роста и организации собственной ткани, который при пограничных и глубоких ожогах отсутствует или сильно поврежден, что в последующем приводит к образованию обширных патологических рубцов. Коллаген I типа является базовым для заживления большинства ран, имеет относительно низкую антигенность, не вызывает чрезмерных воспалительных реакций, поддерживает рост различных типов клеток, в частности фибробластов, эндотелиальных клеток. Одним из таких материалов, отвечающим приведенным выше требованиям, является биологическое покрытие на основе нативного коллагена I типа «Коллост», (Россия). Это стерильный биопластический материал с полностью сохраненной нативной структурой коллагена, полученный из кожи крупного рогатого скота.

Цель: изучить эффективность использования нативного коллагена I типа в лечении ожоговых ран у детей

Материал и методы. На лечении в детской областной клинической больнице г. Гродно (Беларусь) за период 2017-2018 гг. находились 10 пациентов с термическими ожогами кожи, у которых использовали нативный коллаген I типа в форме 7% геля «Коллост», (Россия). В исследование были включены 10 пациентов. Из них 50% мальчиков и 50% девочек. Средний возраст составил: 1,0 [1; 2] (Me [25; 75]) лет. В 100% случаев исследуемые пациенты получили термический ожог кожи вследствие воздействия горячей жидкости. По глубине ожоговая

поверхность была представлена мозаичными ожогами преимущественно II-IIIА и небольшими участками IIIБ степени по четырёхстепенной классификации, что соответствует 1-2-3 степени ожогов (по МКБ-10). На 5-е сутки после механической обработки раневой поверхности, апплицировался на раневую поверхность равномерным слоем 7% гель «Коллост», после чего накладывалась гидроколлоидная повязка, смена которой проводилась с частотой 1 раз в 3-4 суток.

Конечными точками в исследовании являлись 5, 9, 14-е сутки, а также наблюдение на 4-й неделе. Измерение площади раневой поверхности выполнялось с использованием компьютерной программы (приложение V2F), которая по фотографии раны позволяло точно оценивать её площадь. При статистическом анализе использовали программу Statistica 10.0. За уровень статистической значимости принималось значение $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По локализации исследуемая рана была следующая: 30% (3 чел.) составили ожоги стопы и 30% (3 чел.) ожоги задней поверхности туловища, 20% (2 чел.) – ожоги плеча, 10% (1 чел.) – ожоги шеи и 10% (1 чел.) – ожоги передней поверхности туловища.

Общая площадь поражения кожного покрова составляла 7,5 [4; 18]% от площади поверхности тела, а площадь исследуемого участка 0,2 [0,2; 1]%. 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 у 8 человек у 6, у 1-го пациента рана представляла активную грануляционную ткань и значительно сократилась площадь раны от исходной, на которую выполнили аутодермопластику расщепленным кожным лоскутом и в последующем отмечалось 100% его приживление, а у 2-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. За весь период исследования нежелательных явлений не наблюдалось ни у кого из пациентов.

Известно, что биологические покрытия на основе коллагена способны эффективно контролировать раневой экссудат, быть устойчивыми к действию протеиназ, могут защитить эндогенные и экзогенные факторы роста от деградации, служат биопластическим материалом и матрицей для формирования собственной ткани. Таким образом, биологическое покрытие на основе нативного коллагена I типа «Коллост» является примером эффективного и безопасного препарата для лечения ожогов кожи у детей.

Выводы:

1. При использовании нативного коллагена I типа в форме 7% геля «Коллост» отмечается сокращение раневой поверхности уже на 9-е сутки, а полная эпителизация раны в 80% – на 14-е сутки.

2. В результате исследования выявлена безопасность и хорошая переносимость коллагена у детей раннего возраста, что свидетельствует о возможности его широкого использования в педиатрической практике.

**ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА МЕТОДОМ
ТРАНСАНАЛЬНОГО ЭНДОРЕКТАЛЬНОГО НИЗВЕДЕНИЯ
КИШКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

Говорухина О. А., Троян В. В., Заполянский А. В.,
Новицкая С. К., Махлин А. М., Кожанов В. А.,
Неведомский Г. В., Воронежский А. Н., Абу-Варда И. Ф.

ГУ «Республиканский научно-практический центр детской хирургии»
ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Успешное лечение болезни Гиршпрунга (БГ) во многом зависит от ранней диагностики и своевременной