

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВ У ДЕТЕЙ

Ковальчук В.И., Пашетова В.А., Глуткин А.В.,  
Ковальчук-Болбатун Т.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
Гродно*

**Введение.** Лечение ожогов остается одной из наиболее сложных проблем хирургии [1, 2]. Большинство детей получают ограниченные по площади и неглубокие ожоги и нуждаются лишь в консервативном местном лечении. При глубоких ожогах консервативные методы местного лечения применяются с целью подготовки ожоговых ран к операции и создания условий для приживления пересаженных аутодермотрансплантатов. Открытым остается вопрос ранней некрэктомии у детей раннего возраста [2, 3].

**Целью исследования** явилось изучение течения раневого процесса и местного лечения ожоговой раны у детей.

**Методы исследования.** В клинике детской хирургии ГрГМУ за период 2013-2014г. на лечении находилось 180 детей с термическими ожогами. По глубине поражения: поверхностные ожоги (I-IIIА степени) наблюдались у 134 (74,4%) детей, глубокие (IIIБ-IV степени) – у 46(25,6%) детей. Из них 159 детей до 3-х лет ( 88,3%), 21 ребенок старше 3-х лет ( 11,7%). А так же из всех пациентов с термической травмой 111 мальчиков (61,6%) и 69 девочек (37,4%). По механизму получения травмы ожоги кипятком были у 168 (93%), пламенем – у 7 (4,3%), от горячих предметов – у 5 (2,7%) детей.

Все дети из города поступали в стационар в течение первого часа от момента получения травмы. В состоянии ожогового шока (30% пациентов) госпитализировались в реанимационное отделение.

**Результаты и их обсуждение.** Под общим обезболиванием в перевязочной осуществлялся туалет ожоговой раны, оценка глубины поражения, накладывалась марлевая повязка с раствором фурацилина 1:1000. На 2-е сутки удалялись верхние слои марли до первого, который затем обрабатывался водным раствором йодопирона. В дальнейшем ожоговая рана осушивалась с помощью электрического фена и бытового вентилятора, подвергалась фракционному инфракрасному облучению до образования сухого струпа в течение 7-8 суток. Ежедневно производилась обработка йодопироном. При поверхностных ожогах к 10-12 суткам струп отходил с ожоговой раны самостоятельно, либо после обработки вазелиновым маслом.

При глубоких ожогах после образования струпа выполнялась химическая некрэктомия путем наложения повязки с 30% салициловой мазью в течение 1 - 3-х суток. После удаления струпа на раневую поверхность в течение 6-7 суток накладывалась повязка с раствором антисептика для фор-

мирования грануляционной ткани. Закрытие дефекта кожи осуществлялось методом аутодермопластики расщепленным кожным трансплантатом толщиной 0.1-0.2 мм.с помощью аутодерматома «Aescular». Средняя продолжительность от момента поступления до пластики составила 14-16 суток. Кожный трансплантат перфорировался и укладывался на гранулирующую раневую поверхность. В основном донорским участком являлась кожа нижних конечностей: 93.4% -бедро, 4.6% - передняя брюшная стенка, 1.8% - кожа ягодиц.

На донорский участок накладывалась повязка с перекисью водорода, на пересаженный – асептическая повязка. Таким способом выполнено 44 аутодермопластик. Длительность приживления пересаженных кожных лоскутов составила 9-10 суток.

С 2012 года при глубоких термических поражениях стали выполнять раннюю (на 3-7 сутки) хирургическую некрэктомию с одномоментной или отсроченной аутодермопластикой расщепленным трансплантатом. Всего осуществлено 12 пластических операций. Полное приживление кожных лоскутов наблюдалось у 11 пациентов, у 1 ребенка наблюдался частичный лизис, потребовавший дополнительной аутодермопластики.

**Заключение.** Таким образом, ведение ожоговой раны под сформированной однослойной повязкой является эффективным методом лечения поверхностных ожогов и позволяет в краткие сроки подготовить ожоговую гранулирующую рану к аутодермопластике – при глубоких ожогах. Метод ранней хирургической некрэктомии позволяет предупредить развитие гнойно-септических осложнений в ране и значительно сократить как сроки заживления ожоговой раны, так и длительность лечения.

#### Литература:

1. Атясов Н.И., Матчин Е.Н. Восстановление кожных покровов тяжелообожженных сетчатыми трансплантатами. – Саранск, 1989. – 201с.
2. Принципы хирургической тактики у обожженных. /Смирнова С.В., Герасимова Л.И., Спиридонова Т.Г. и др. //Шестой съезд травматологов и ортопедов России. Тезисы докладов. Нижний Новгород, 1997. –С.12-13 .
3. Тюрников Ю.И., Евтеев А.А. Методы активной хирургической подготовки глубоких ожогов к пластическому закрытию.// Пластическая хирургия при ожогах и ранах. Материалы международной конференции. Москва, 1994.-С. 96-101.