

3. Результаты ШДА у детей в возрасте 15-17 лет не могут с высокой вероятностью исключить или подтвердить диагноз ОА, но дают возможность выполнить первичную стратификацию пациентов.

ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ. АПЛАЗИЯ КОЖИ ОБЕИХ ГОЛЕНЕЙ, ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНЫХ СУСТАВОВ И СТОП У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Войтехович Г. Ф., Кухтарев А. А., Рубец В. И., Струнович А. А.

Детское хирургическое отделение Могилевской областной детской больницы, г. Могилев, Республика Беларусь

Введение. Врожденная аплазия кожи – гетерогенная группа заболеваний, общим признаком которых является очаговый дефект развития кожи, при котором нарушается формирование эпидермиса, дермы, придатков, а в особо тяжелых случаях и подкожной клетчатки с развитием рубцов.

Встречаемость врожденной аплазии кожи точно неизвестна, большинство исследователей оценивают ее на уровне от 1 до 3:10000 живорожденных. На территории нашего региона эта патология крайне редко встречается, о чем свидетельствует отсутствие каких-либо сведений по этому поводу в крупных руководствах по хирургии детского возраста. На сегодняшний день нет единой и общепризнанной теории, которая бы объясняла этиологию этого врожденного дефекта развития кожи. Врожденная аплазия кожи в большинстве случаев не приводит к тяжелым последствиям, происходит формирование рубца, коррекция которого впоследствии не составляет определенного труда. Однако, учитывая клиническую картину, исходя из классификации врожденной аплазии кожи Frieden (1986) в данном случае имелись признаки VI группы, которая включает в себя триаду симптомов: поражение кожи нижних конечностей, признаки любого типа буллезного эпидермолиза и аномалию ногтей. Эта клиническая триада также называется синдромом Барта (Bart Syndrome).

Цель: установить показания и сроки, предложить методику лечения пациентов, имеющих врожденную аплазию кожи с буллезным эпидермолизом.

Материалы и методы. Пациент Г, родился в УЗ МБ № 1 01.06.16 г. от 1-й беременности 1 срочных родов в сроке 269 дней путем операции кесарево сечение, массой 3250 граммов, рост 49 см, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. При рождении ребенка состояние тяжелое, на вторые сутки переведен на ИВЛ. С рождения у ребенка эрозии эпителия на пальцах конечностей, губах, предплечья, в области локтевых суставов. С рождения диагностирована аплазия кожи нижней трети обеих голеней, голеностопных суставов циркулярно, передней, внутренней поверхности обеих стоп, пальцев обеих стоп. На третьи сутки в УЗ МБ № 1 консультирован хирургом-комбустиологом, принято решение для проведения пластических операций, переведен в УЗ МОДБ.

При поступлении области конечностей без участков кожи в нижней трети голени, голеностопного сустава велись под влажными повязками (раствор хлоргексидина биглюконата 0,05%) до появления грануляции, при формировании мелкозернистых зрелых грануляций ребенок был подготовлен к оперативному лечению.

16.06.16 г. Под общим наркозом выполнена пластическая операция: пластика гранулирующих ран правой голени, правого голеностопного сустава, правой стопы расщепленным ложным лоскутом. При дальнейшей перевязке отмечалась активная краевая эпителизация по краям раны, кожные трансплантаты жизнеспособные, донорская рана правого бедра эпителизировалась.

21.06.16 г. Под общим наркозом выполнена пластическая операция: Пластика гранулирующих ран левой голени, левого голеностопного сустава, левой стопы расщепленным кожным лоскутом. Послеоперационный период протекал гладко. На этапных перевязках донорские раны эпителизировались, кожные трансплантаты жизнеспособные.

За время наблюдения у ребенка периодически отмечалось отслоение эпителия по краям эпителизации, больше на передней

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