

Комплексная реабилитация пациентов с применением разработанной методики лечебной физической культуры и лечения положением с применением щадящих тейпов является неотъемлемым и обязательным условием успешного лечения поражений лицевого нерва, позволяющая добиться хороших функциональных и эстетических результатов в 67,2% наблюдений.

## **РАННЯЯ НЕКРЭКТОМИЯ ПРИ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ОБРАЗОВАНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ**

**В.М. Шейбак**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Ожог это травма, которая резко меняет жизнь пострадавшего и его близких. Ожог, полученный в детском возрасте, следует рассматривать как критическую ситуацию для ребенка и его семьи. Проблема лечения детей с термическими ожогами достаточно сложна и актуальна. В последнее время наблюдается рост количества поступлений в стационар пациентов с достаточно обширными ожогами. Развитие ожоговой болезни наблюдается в случаях поражения более 5% поверхности тела у детей раннего возраста. При поверхностных ожогах выведение из ожогового шока проводится в отделении интенсивной терапии и в последующем предупреждение стадии токсемии и гнойных осложнений достаточно отработано путем лечения под однослойной марлевой повязкой, с применением антибактериальной терапии, современных методов детоксикации и технических средств, используемых у пациентов с термическими ожогами (кровати Клинитрон, матрасы с обдувом подогреваемым воздухом). Вопросы реабилитации недостаточно разработаны и требуют дальнейшего изучения и внедрения в практику. Имобилизационный стресс, перевязки, уколы, операции наносят психоэмоциональную травму ребенку, что требует работы психотерапевта с пациентом и его семьей. Почему у одних пациентов образуется гипертрофический рубец, а у других нет, остается загадкой. Общеизвестным фактом является то, что причиной развития гипертрофического рубца может быть и плановая операция с наложением косметического шва, и травма кожи, вследствие термического ожога.

**Целью** нашей работы является проведение сравнительного анализа формирования рубцов после первичной некрэктомии и аутодермопластики свободным расщепленным кожным лоскутом, и

отдаленной аутодермопластики после созревания гранулирующей раны у одних и тех же пациентов.

В УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» проведено лечение двух пациентов с обширными термическими ожогами. Представляем клинические случаи.

Пациент А., 7 месяцев, поступил в больницу 30.01.2015 после того как опрокинул на себя тарелку с горячим супом. Диагноз: ожоговая болезнь, термический ожог II–III Б степени нижних конечностей  $S=20\%$ , (глубокий ожог  $15\%$ ). При поступлении сформирована однослойная марлевая повязка, проводилась противошоковая терапия. На 3-и сутки ожоговый струп черного цвета на правом бедре и голени и на средней трети левого бедра, на остальных участках струп серовато-багрового цвета. В анализе крови лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, общий белок  $35$  г/л, снижение активности протромбинового индекса, повышение количества фибриногена. В анализе мочи протеинурия, гематурия. После коррекции показателей крови и стабилизации состояния принято решение о необходимости выполнения ранней некрэктомии. 2.02.2015 произведена ранняя некрэктомия струпа на правом бедре и голени  $S = 10\%$  с одновременной пластикой раневого дефекта свободным расщепленным кожным лоскутом, с фиксацией повязкой Д4. Приживление лоскута без особенностей. На 12 сутки после получения ожога произведена химическая некрэктомия, на левом бедре осталась гранулирующая рана  $S=5\%$ , после подготовки которой 17.02.2015 выполнена аутодермопластика свободным расщепленным кожным лоскутом с фиксацией повязкой Д4. Приживление лоскута без особенностей. В обоих случаях выполнялась перфорация лоскута 1:3. Ребенок выписан с выздоровлением.

Пациент Ш., 14 лет, получил термический ожог пламенем после взрыва бутылки с растворителем. Поступил 17.01.2015 в УЗ «ГОДКБ». Диагноз: ожоговая болезнь, термический ожог лица, обеих кистей, нижних конечностей II-III Б, IV степени,  $S = 25\%$  (глубокого  $20\%$ ). После стабилизации состояния пациента 20.01.2015 выполнена ранняя некрэктомия, с одновременной пластикой раневого дефекта свободным расщепленным перфорированным 1:3 кожным лоскутом на обоих бедрах, голенях, закрыто  $80\%$  ожоговой поверхности. Фиксация лоскутов повязкой Д4. Приживление основной площади лоскутов без особенностей, отмечалось расплавление пересаженных лоскутов в паховых областях. В процессе лечения ребенок находился на флюидизирующей кровати. Проводилась массивная антибактериальная, инфузионная терапия. 28.01.2015 некрэктомия, с одновременной аутодермопластикой расщепленным перфорированным кожным лоскутом  $10\%$  ожоговой

поверхности на нижних конечностях. В последующем 30.01.2015 после очищения гранулирующих ран на обеих кистях и на половом члене выполнена аутодермопластика свободным расщепленным кожным лоскутом S = 1%. 5.02.2015 – аутодермопластика на гранулирующих ранах после расплавления ранее пересаженных лоскутов на левом бедре и голени S = 1%.

**Результаты.** Оба пациента выписаны с выздоровлением. При выписке оценивалась функциональная активность пораженных конечностей и косметический результат после лечения ожоговых ран. У обоих пациентов на участках ожога II степени отмечалась кожа розового цвета без признаков образования гипертрофических рубцов. Движения в суставах нижних конечностей и кистей в полном объеме. Кожа на участках где выполнена ранняя некрэктомия более естественного цвета, нежели на участках где была выполнена более поздняя аутодермопластика. Возвышения кожи (рубцевание) менее выражены в местах перфорации кожного лоскута на поверхностях после ранней некрэктомии. Пациенты осмотрены через 1 месяц после выписки: кожный покров в месте ранней некрэктомии и аутодермопластике более мягкий и эластичный, чем в местах отсроченной пластики. Вышеизложенное позволяет сделать вывод о некоторых преимуществах ранней некрэктомии с одновременной аутодермопластикой именно при глубоких ожогах, ведь чаще у детей наблюдается мозаичность поражения. Пациенты после перенесенного термического ожога должны быть выделены в группу риска по развитию у них гипертрофических рубцов. Реабилитация таких пациентов должна осуществляться комплексно с применением лекарственных препаратов, физиопроцедур, ношением специальной послеожоговой одежды, у детей старшего возраста занятиями с психотерапевтом, а возможно и лечением у косметолога.

#### **Литература:**

1. Шень Н.П. Ожоги у детей. Москва : Триада X, 2011. – 148 с.
2. Карваял Х.Ф., Паркс Д.Х. Ожоги у детей. Москва : Медицина, 1990. – 510 с.
3. Назаров И.П., Мацкевич В.А., Колегова Ж.Н. и др. Ожоги. Ростов - на - Дону : Феникс, 2007. – 415 с.
4. Кожа (строение, функция, общая патология и терапия) / под ред. А.М.Чернуха, Е.П.Фролова. Москва : Медицина, 1982. – 336 с.