

ПОСЛЕОЖГОВЫЕ РУБЦЫ – ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ

Бондаренко Н. А., Бушунова А. В., Глуткин А. В.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
nadyabondarenko14@yandex.ru*

Введение. Рубец – это соединительнотканная структура, возникшая в месте повреждения кожи в результате воздействия различных травмирующих факторов. Серьезную проблему ввиду обширности и грубых изменений со стороны кожи составляют послеожоговые рубцы. В момент получения ожоговой травмы пациент испытывает боль, требуется общее и местное лечение, после восстановления кожных покровов выписывается и его жизни ничего не угрожает, но проблема коррекции рубцов остается [1]. Именно поэтому лечение рубцов должно быть комплексным, индивидуальным и максимально эффективным.

Цель – изучить подходы к лечению послеожоговых рубцов у детей.

Материал и методы. В клинике детской хирургии на базе Гродненской областной детской клинической больницы в период 2018-2022 гг. проходили лечение 345 человек с термическими ожогами кожи, в возрасте от 1 года до 3 лет. Всем детям оказывалась помощь согласно клиническому протоколу Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 781 от 07.08.2009. Оценка рубцовых изменений проводилась с использованием модифицированной шкалы Vancouver Scar Scale (VSS). Каждому критерию давалась оценка в баллах от 0 до 3-4. При каждом осмотре определялась сумма баллов и сравнивалась с предыдущим осмотром.

Результаты исследований. Все дети на момент выписки со стороны зажившей кожи не имели рубцовых изменений, отмечалась лишь сухость кожи и пигментация. Контрольный осмотр осуществляли через 3-4 недели после эпителизации ран.

После выписки все пациенты в течение 3-4 недель обрабатывали кожу эмоленом. При контрольном осмотре через данный период проводили оценку состояния кожи по VSS, при наличии потенциальных возвышений над уровнем кожи пациентам назначали препараты медицинского силикона (преимущественно в виде пластин или лейкопластырей), если возвышения отмечались выше уровня кожи, то к медицинскому силикону добавляли компрессионное белье (рисунок) (проводилось измерение с изготовлением индивидуального компрессионного белья), у пациентов с недостаточным материальным достатком использовали самофиксирующие бинты. Последующий контрольный осмотр осуществлялся через 2 месяца после эпителизации ран. Через данный период при отсутствии выраженной положительной динамики, к лечению добавляли биоптрон № 5 и курс электрофореза с Ферменколом № 10, затем через 2 недели ультразвук с гидрокортизоном № 8. Осмотр проводился через месяц после проведения процедур. В течение всего периода пациенты днем использовали эмолент, на

ночь медицинский силикон, постоянное ношение компрессионного белья. Через 5-6 месяцев после травмы, при сохраняющемся зуде в области рубца и его небольшой площади выполняли инъекции глюкокортикостероидов. При обширных рубцах использовали микронидлинг с втиранием глюкокортикостероидов. Микронидлинг – это контролируемое точечное повреждение кожи, создает множество микроканалов в коже, где индуцируется производство нового коллагена и эластина и стимулирует каскад репарационных процессов (пролиферация и ремоделирование).



Рисунок – Компрессионное белье на туловище и конечности

За данный период нами пролечено 28 человек, которым в комплексную терапию добавляли микронидлинг. Процедура выполнялась от 1 до 3 раз. Также все пациенты использовали медицинский силикон, компрессионный трикотаж или бинт. Эффективность консервативного лечения оценивали по VSS. В начале лечения у пациентов интенсивность зуда была 7-9 баллов, имелись нарушения сна, и появление рубцов по Ванкуверской шкале оценивалось в 8-10 баллов. У пациентов после 3 месяцев терапии субъективные и объективные показатели рубцового процесса были значительно лучше. После проведения микронидлинга, через месяц интенсивность зуда у пациентов первой группы снизилась до 2-4 баллов, нормализация сна отмечалась у всех пациентов. Объективно внешний вид рубцовоизмененных тканей у пациентов составил 3-4 балла согласно Ванкуверской шкале. Особенно быстро произошло снижение высоты и мобильности рубцовой ткани соответственно ее плотности и гиперпигментации. Все пациенты с послеожоговыми рубцами наблюдаются интенсивно до 2-х лет, затем ежегодно.

Таким образом, комплексный консервативный подход к терапии послеожоговой рубцовой ткани эффективен, что подтверждается оценкой по шкале VSS.

Литература:

1. Никонорова, В. Г. Факторы роста в восстановлении и формировании кожных рубцов / В. Г. Никонорова, В. В. Криштоп, Т. А. Румянцева // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2022. – т. 12, № 1. – 102-112.

POST-BURN SCARS - TREATMENT APPROACHES IN CHILDREN

Bondarenko N. A., Bushunova A. V., Hlutkin A. V.

Grodno State Medical University

Grodno, Belarus

nadyabondarenko14@yandex.ru

Rehabilitation of children who have suffered a burn injury should continue until the end of the child's growth. Rehabilitation includes dispensary observation, conservative treatment and reconstructive surgical treatment.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОДНОЭТАПНОЙ КОРРЕКЦИИ СВИЩЕВЫХ ФОРМ АНОРЕКТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Бозоров Ш. Т., Утанов З. М., Тожиддинов Ш. Ш.

Научный руководитель: д-р мед. наук Гафуроф А. А.

*Андижанский государственный медицинский институт, Андижан,
Узбекистан*

zafarutanov3800@gmail.com

Цель – Анализ осложнений при лечении новорожденных с ректо-вестибулярным свищом. Исследованы 40 новорожденных девочек с АРА и ректовестибулярным свищом.

Материалы и методы. Контрольную группу составили 20 новорожденных, которым выполнялась трехэтапная операция, основную группу – 20, которым выполнена одноэтапная задняя сагиттальная аноректопластика (ОЗСАРП).

Результаты. В обеих группах были зарегистрированы осложнения во время и после операции, проведена сравнительная оценка. При одноэтапной ОЗСАРП из-за прямого контакта с каловыми массами загрязнение раны наблюдалось в 27% случаев, при трехэтапной – около 1-5%. Эти методы значительно различались по показателям ИРП и расхождений швов ($p < 0,046$). Относительно анального смещения и деформации, ятрогенной вагинальной травмы и свища две группы не показали значительных различий ($P > 0,05$). В нашем исследовании частота ИРП и расхождения швов была высокой в