

методов улучшения результатов реконструктивных операций у больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

Литература:

1. Иоскевич, Н. Н. Хирургия хронической ишемии нижних конечностей атеросклеротического генеза / Н. Н. Иоскевич. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 315 с.
2. Григорьев, Д. А. Патоморфологическая диагностика острой коронарной недостаточности / Д. Г. Григорьев, Е. Д. Черстой // Здоровоохранение. – 2003. - № 3. – С. 48 - 51.

АУТОДЕРМОПЛАСТИКА СВОБОДНЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ ГЛУБОКИХ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Герасимчик С.А. Ковальчук Т.Н. Магер Е.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель - д.м.н. Ковальчук В.И.

Ожоги являются одним из частых видов детского травматизма. Дети с ожогами составляют значительный процент госпитализированных в детские хирургические стационары.

Цель: исследовать и провести анализ оперативного лечения детей с глубокими термическими ожогами.

Материал и метод: в отделении экстренной хирургии Гродненской ОДКБ за 2003-2007 гг. находились 83 ребенка с глубокими ожогами, из них 65 детей в возрасте до 3-х лет и 18 - от 3-х до 6 лет. Девочек было 45, мальчиков - 38.

Перед оперативным вмешательством ребёнок выводился из ожогового шока (при наличии такового), проводился необходимый клиничко-лабораторный анализ (ОАК, ОАМ, БАК), ожоговая рана очищалась от некроза и подготавливалась к пластике.

Результаты клинических исследований: химическая некрэктомия выполнялась 30% салициловой мазью у всех детей длительностью 1-3 (1,9) дня на 8-9-е (8,5) сутки от момента поражения, у 1 ребенка выполнена ранняя локальная некрэктомия с АДПСРКЛ на 2-е сутки от получения травмы. От момента удаления струпа до пластики на раны накладывались повязки с раствором антисептика длительностью 6-7 (6,2) суток.

За 1-2 дня до пластики у 80 детей забиралась кровь для ОАК и у 45 - для БАК. Выявлено, что у 30 детей (37,5%) наблюдалась анемия легкой степени тяжести, лейкоцитоз - у половины обследуемых (50%), лейкопения - у 2 детей (4,4%) и у 8 - легкая гипопроотеинемия (17,7%). По другим биохимическим показателям изменений не выявлено.

В среднем S гранулирующей ткани составляла 100,86 кв.см., донорской – 100,1 кв.см. Средняя продолжительность времени от поступления до пластики равна 14,3 суток.

При наличии показаний к хирургическому лечению ребёнок доставлялся в операционный блок, где после обработки операционного поля электрическим дисковым дерматомом ДЭ-60-01 производился забор донорского участка кожи, перфорировался и укладывался на рану. Толщина трансплантата составляла от 0,1 до 0,2 мм. На донор укладывалась повязка с H₂O₂, на пересаженный участок - асептическая повязка.

Выполнено 107 операций подобного плана. В 100 случаях (93,4 %) донором являлась кожа нижних конечностей, в 5 случаях (4,6%) - передней брюшной стенки, в 2 (1,8%) - кожа плеча и ягодиц.

Длительность заживления пересаженных лоскутов в среднем составляла 8,8 суток. В 73 случаях (87,9%) лоскуты прижились, в 30 (12,1%) наступал частичный лизис пересаженного лоскута. У 2 детей (2,4%) при выписке из стационара сформировались контрактуры.

ВЫВОДЫ:

Раннее хирургическое лечение детей с термической травмой обеспечивает эпителизацию ожоговых ран в 98% случаев.

Неблагоприятные результаты лечения (косметические дефекты, развитие контрактур, кожных рубцовых стяжений) возникают в результате глубокого термического поражения, позднего закрытия ожоговой раны, остроты и тяжести воспалительного процесса в ране, неблагоприятного преморбидного фона в момент возникновения травмы.

Термические поражения являются наиболее тяжелыми из всех травматических повреждений и требуют вовлечения наибольшего количества медицинских сил и средств (ср. койко-день - 26,4).

Литература:

1. БелМАПО. Каф. медицины катастроф. Экстренная медицинская помощь пострадавшим с тяжелой термической травмой (уч.-метод. пособие). 2002 г.
2. Хирургические болезни детского возраста. Под ред. А.И.Лёнюшкина. 2006г.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ГЛУБОКИХ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА.

Герасимчик С.А., Ковальчук Т.В., Магер Е.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь.

Кафедра детской хирургии.

Научный руководитель - д.м.н. Ковальчук В.И.

Термические ожоги занимают значительное место в структуре травматических поражений. Чаще встречаются в младшей возрастной группе.

Цель: исследовать и провести анализ клиники и лечения детей с глубокими термическими ожогами.

Материал и метод: в клинике детской хирургии ГрГМУ за период 2003-2007 гг. находилось на лечении 83 ребенка с глубокими ожогами. Из них 45 (54,2 %) - девочки и 38 (45,8 %) - мальчики. В возрасте до 3-х лет было 65 (78,3 %) детей, от 3 до 6 лет - 18 (21,7 %) детей.

При поступлении в стационар определялась площадь и глубина ожоговой раны (правило «девятки» по Уоллесу, метод «ладошки», проба на болевую чувствительность и визуальная оценка ожоговой раны).

Результаты клинических исследований: все дети поступали в течение часа от момента получения травмы. Из районов области больные поступали после выведения из ожогового шока в течение первых 3-х суток.

По механизму травмы ожоги кипятком наблюдались у 67 (80,8 %) детей, от горячих предметов - у 8 (9,6 %) детей и от ожогов пламенем - у 8 (9,6 %) детей.

По локализации ожоги верхних конечностей встречались у 50 (60,2 %) детей, нижних конечностей – у 28 (33,7 %), грудной клетки – у 32 (38,6 %), лица – у 29 (34,9 %), шеи – у 22 (26,5 %), других участков тела – у 27 (32,5 %). В среднем площадь