

Литература:

1. Enteric duplication in children: clinical presentation and outcome / Rasool N., Safdar C.A., Ahmad A., Kanwal S. // Singapore Med. J.–2013.–Vol.54.–P.343–346.
2. Gastric duplication cyst: two case reports and review of the literature / Singh J.P., Rajdeo H., Bhuta K., Savino J.A. // Case Rep. Surg.–2013.–Vol.–2013.–Article ID 605059.–4 pages.
3. Gastrointestinal duplications: experience in seven children and a review of the literature / Olajide A.R., Yisau A.A., Abduraseed N.A. et al. // Saudi J. Gastroenterol.–2010.–Vol.16.–P.105–109.
4. Intestinal duplications – experience in 6 cases / Ćavar S., Bogović M., Luetić T. et al. // Eur. Surg. Res.–2006.–Vol.38.–P.329–332.
5. Use of diagnostic imaging in the evaluation of gastrointestinal tract duplications / Laskowska K., Gałazka P., Daniluk–Matraś I. et al. // Pol. J. Radiol. – 2014. – Vol. 79. – P. 243–250.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОЖГОВЫХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

**Струнович А.А., Лобан Е.К., Ширяев А.В.,
Инфарович С.А., Романов М.П.**

Могилёвская больница № 1, Могилёв

Введение. Проблема детского ожогового травматизма не теряет своей актуальности. По нашим наблюдениям, на фоне снижения ожогового травматизма в Могилёвской области с 39,6 случаев на 10000 населения в 2001 году до 21 случая в 2014 году в целом, отмечается и снижение детского ожогового травматизма с 31 случая в 2003 году, 24 – в 2009 году до 15,4 в 2014 году. Однако тяжесть ожоговой травмы у детей на протяжении последних лет сохраняется на постоянном уровне и не имеет тенденции к снижению.

Материал и методы исследования. В ожоговом отделении УЗ «Могилёвская больница №1» ежегодно проходят лечение по поводу ожоговой травмы около 200 детей, 90–95 госпитализируются в отделение реанимации:

Госпитализировано в ожоговое отделение	2001 год	2009 год	2012 год	2013 год	2014 год
С ожогами всего	202	223	217	193	223
С последствиями ожогов	57	25	49	60	71

Преобладает возрастная группа от 0 до 3-х лет, составляющая среди госпитализированных детей около 70% (2012 г. – 70,4%, 2013 г. – 70,1%, 2014 г. – 71,9%).

Результаты и их обсуждение. На современном этапе развития комбустиологии перед хирургом-комбустиологом стоит не только задача спасения жизни маленького пациента и быстрого восстановления кожного покрова, но и достижение при этом максимально возможного эстетического и функционального результата, сведя к минимуму неблагоприятные последствия ожоговой травмы. Чем большим арсеналом пластических реконструктивных операций владеет комбустиолог, тем шире выбор методов закрытия ожоговой раны. Появляется возможность выполнения первичных пластических операций по предупреждению развития постожоговых контрактур и грубых рубцовых деформаций, начала их коррекции на этапе лечения ожоговых ран. Учитывая локализацию, площадь глубокого ожога всегда следует помнить о возможном развитии рубцовой деформации или контрактуры по мере роста ребёнка, что может потребовать этапной хирургической коррекции, сохранять пластический ресурс для последующих операций. Хирургическая реабилитация детей, перенесших ожоговую травму, должна осуществляться в условиях специализированного ожогового отделения высококвалифицированными хирургами – комбустиологами. При выполнении пластических реконструктивных операций у детей могут применяться все доступные методы кожной пластики. Тем не менее, при прочих равных условиях, предпочтительны более простые в техническом исполнении, по возможности одноэтапные с использованием местного пластического ресурса и дающие оптимальное соотношение получаемого эстетического и функционального результата оперативные вмешательства.

Так, по данным нашего отделения за 2014 год и 6 месяцев 2015 года, для хирургической коррекции последствий ожогов у детей выполнены следующие оперативные вмешательства:

- пластика встречными треугольными лоскутами (Z-пластика) – 12;
- трапециевидная пластика – 3;
- комбинированная пластика (местными тканями и дерматомным лоскутом) – 7;
- пластика лоскутом на временной питающей ножке – 4;
- ранняя некрэктомия с пластикой местными тканями (как первично пластическая операция в функционально активных областях) – 10.

Более сложные, многоэтапные методы коррекции используются нами при первичном закрытии раны в случае обнажения глубоких анатомических структур, в последующем – при дефиците местнопластического ресурса.

Консервативные методы реабилитации применяются с момента поступления ребёнка в стационар, на этапе лечения ожоговых ран – позиционирование, иммобилизация в положении гиперкоррекции, ЛФК раннего периода. После заживления ожоговых ран и выписки из стационара дина-

мическому наблюдению комбустиолога подлежат дети с пограничными ожогами 3а степени и глубокими ожогами. Кратность определяется индивидуально. Комплекс проводимых консервативных мероприятий определяется стадиями развития рубцовых процессов.

В период активного роста рубцов (первые 3–4 месяца после заживления ран) проводится прескотерапия с применением силиконовых пластырей, компрессионного белья, питательные кремы, гель «Ферменкол», крем «СкарЭстетикс», электрофорез с йодидом калия, «Ферменколом», ультразвук с гидрокортизоновой мазью, иммобилизация.

В стадии стабилизации и рассасывания рубцов (4–12 месяцев и более) к проводимой терапии добавляется ЛФК, массаж, парафино-озокеритовые или грязевые аппликации.

Ожоговые реконвалесценты детского возраста наблюдаются комбустиологом до окончания роста скелета.

Литература:

1. Избранные лекции по «Комбустиологии и криопатологии»: учебное издание / Я.Я.Кошельков, А.Е.Серебряков. – Минск: БелМАПО, 2013-122 с.
2. Шурова Л.В., Будкевич Л.И., Алексеев А.А., Сарыгин П.В., Попов С.В. Современные методы консервативного лечения детей с послеожоговыми рубцами: учебно–методическое пособие / Л.В. Шурова, Д.И. Будкевич, А.А. Алексеев, П.В. Сарыгин, С.В. Попов // ; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2013. – 52 с.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕСЕЛЕКТИВНЫХ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ

Сухарев С.А., Говорухина О.А., Аверин В.И., Рустамов В.М.

РНПЦ детской хирургии, Минск

Белорусский государственный медицинский университет, Минск

Введение. Гемангиома (Г) – это доброкачественная опухоль, состоящая из самостоятельно инволюционирующих эндотелиальных клеток, чаще всего появляется во время первых дней или недель жизни. Является наиболее распространенной опухолью, которая может достигать значительных размеров. По данным литературы, Г появляется у 2–12 % новорожденных детей и заметна сразу или в первые дни после рождения, соотношение мальчики: девочки 1:7. В 80% случаев на теле имеется один очаг, в 20% – проявляются в нескольких местах. К году жизни около 10% детей