

скопия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки; кроме этого, одному пациенту были выполнены следующие оперативные вмешательства: релапаротомия, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинного пространства; другому – релапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинного пространства. Средний койко-день составил 63 дня. Все дети были выписаны с улучшением.

**Выводы.** Наблюдается рост заболеваемости деструктивными формами панкреатита. Современный метод визуализации (КТ, МРТ) даёт больше информации, чем ультразвуковое исследование, тем самым дополняя его. Целесообразен перевод детей с панкреонекрозом из районных больниц в специализированные детские хирургические отделения. Течение панкреонекроза требует этапных оперативных вмешательств.

#### Литература:

1. Маев И.В., Кучерявый Ю.А. Болезни поджелудочной железы: практическое руководство. – 2009. – 736 с.
2. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия: национальное руководство. – 2009. – 1168с.

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

**Шейбак В.М.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Введение.** 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 (кровать 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 рабо-

ты 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.

**Материал и методы исследования.** В УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» проведено лечение двух пациентов с обширными термическими ожогами.

**Результаты и их обсуждение.** 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 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 обеих бедрах, голени, 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%.

**Выводы.** 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. 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.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

**Шмаков А.П., Питкевич А.Э., Зуев Н.И., Зуев Н.Н.**

*Витебский государственный медицинский университет, Витебск  
Витебский детский областной клинический центр, Витебск*

**Введение.** Организационная структура является фундаментальной основой, определяющей результаты деятельности в любых отраслях народного хозяйства. В Республике Беларусь сформирована и успешно функционирует многоотраслевая система здравоохранения.